UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN PSYCHOLOGIE
OFFERTE À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI
EN VERTU D'UN PROTOCOLE D'ENTENTE
AVEC L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

PAR FRÉDÉRIC PEDNEAULT

CONCEPTION D'UN ATELIER DE MUSICOTHÉRAPIE RÉCEPTIVE ET ÉVALUATION DE SON IMPACT SUR LA SANTÉ MENTALE D'ADULTES DU SAGUENAY-LAC-ST-JEAN

NOVEMBRE 2005

Sommaire

De tous temps, la musique s'est vue attribuer des effets thérapeutiques variés. Cependant, l'intérêt scientifique pour ce sujet est très récent. Plusieurs concepts ne font pas consensus, la définition même de la musicothérapie variant d'un auteur à l'autre. Une synthèse de ces conceptions et de certains fondements théoriques jugés importants en musicothérapie semble donc nécessaire. La population du Saguenay-Lac-St-Jean ne semble pas avoir été représentée jusqu'à présent dans les écrits scientifiques sur la musicothérapie. On peut alors se demander si cette population peut profiter aussi des effets bénéfiques attribués à la musicothérapie. Cette recherche vise donc à combler ces lacunes en effectuant une synthèse de concepts et fondements théoriques importants en musicothérapie, pour ensuite concevoir un atelier de musicothérapie et procéder à une première évaluation de son impact sur la santé mentale d'adultes vivant au Saguenay-Lac-St-Jean. Les hypothèses suggèrent une diminution de l'intensité des indicateurs de détresse psychologique (anxiété, symptômes dépressifs et stress psychologique), ainsi qu'une augmentation des indicateurs de bien-être psychologique (estime de soi et actualisation de la personne) attribuables à la participation à l'atelier. L'échantillon compte 42 personnes, réparties également entre les conditions expérimentale et contrôle. Tous les participants sont étudiants à l'Université du Québec à Chicoutimi et se sont montrés volontaires lors des recrutements tenus à l'intérieur de cours. Les participants à l'atelier ont répondu à un questionnaire portant sur des caractéristiques sociodémographiques, sur l'expérience musicale, ainsi que sur des variables

psychologiques : l'anxiété (STAI-Y), l'estime de soi (ÉES), l'actualisation (MAP), le stress psychologique (MSP) et les symptômes dépressifs (CESD-F), avant et après la série de séances. Le groupe contrôle a répondu au même questionnaire deux fois, à deux semaines d'intervalle. Inspiré de la méthode Guided Imagery and Music (GIM), l'atelier compte huit séances d'environ 1h30 chacune disposées à raison d'une par jour, quatre fois par semaine pendant 2 semaines. Chaque séance comportait un temps de centration suivi d'un échange, une période de relaxation, une période d'imagerie, un temps de symbolisation (par l'écriture ou le dessin) et un partage sur l'imagerie. L'atelier proposé constitue une adaptation de la version classique de la GIM. Ont été modifiés la durée des séances, les nouvelles séquences musicales et le contexte d'intervention (en groupe plutôt qu'en individuel). L'atelier élaboré a été pré-expérimenté auprès d'un autre groupe d'étudiants, dont les commentaires ont permis des ajustements méthodologiques. Compte tenu du fort lien entre les variables, une analyse de variance multivariée a été conduite pour vérifier les cinq hypothèses de recherche. Selon elle, la participation à l'atelier n'entraîne pas une amélioration significativement supérieure à celle observée chez les non-participants. Des analyses partielles des résultats pour le groupe expérimental démontrent chez les participants une amélioration significative au niveau des indicateurs de détresse psychologique. La puissance statistique de ces analyses demeure toutefois très faible à cause du petit échantillon. Ces résultats suggèrent la tenue d'autres travaux sur cet atelier et font ressortir l'importance d'une mesure de contrôle dans une telle étude. De nombreuses pistes de recherche sont présentées et plusieurs suggestions sur le plan méthodologique sont apportées.

Table des matières

Sommaire i

Liste des tableaux v

Liste des figures vi

Remerciements vii

Introduction 1

Contexte théorique 6
Musique 8
Musique, émotion et communication 10
Point de vue psychologique selon Sloboda & Juslin (2003) 11
Point de vue de la musicothérapie 15
Musique et communication 19
Définition de la musicothérapie 20
Musicothérapie active et musicothérapie réceptive 25
Imagerie guidée et musique 29
Séance d'imagerie guidée induite par la musique 31
Effets de l'approche d'imagerie guidée induite par la musique 34
GIM en groupe 38
Modifications au cadre original en GIM 42
Santé mentale 45
Modèle multifactoriel de Labelle et al. (2001) 48
Indicateurs du modèle 49
Anxiété 49
Dépression 53
Estime de soi 55
Actualisation de la personne 57
Stress psychologique 58
Objectifs 60
Hypothèses 60

Méthode 62
Participants 63
Matériel 71
Instruments de mesure 73
Déroulement 80
Nombre de séances 80

Choix musicaux 82
Pré-expérimentation de l'activité 86
Recrutement pour la version expérimentale de l'atelier 90
Constitution finale de l'activité 94
Collecte des données 101
Plan de l'expérience 104

Résultats 105
Analyse descriptive des résultats 106
Vérification statistique des hypothèses de recherche 108

Discussion 120
Rappel des objectifs et hypothèses 121
Rappel et discussion des résultats 123
Facteurs pouvant expliquer l'amélioration du groupe contrôle 124
Facteurs expliquant la faiblesse des résultats du groupe expérimental 129
Forces et faiblesses de la recherche 139
Conséquences et retombées envisageables de la recherche 143
Pistes de recherche suggérées 145

Conclusion 150

Références 155

Appendice A (Symptômes dépressifs selon le DSM-IV) 169
Appendice B (Certification éthique du projet de recherche) 171
Appendice C (Questionnaire prétest, groupes expérimental et contrôle) 173
Appendice D (Questionnaire posttest, groupe expérimental) 184
Appendice E (Questionnaire posttest, groupe contrôle) 191
Appendice F (Liste des séquences musicales utilisées) 198
Appendice G (Lettre pour le recrutement à la pré-expérimentation) 202
Appendice H (Plan pour la présentation orale de l'activité) 204
Appendice I (Questionnaire de pré-expérimentation) 207
Appendice J (Lettre de présentation pour recrutement du groupe expérimental) 210
Appendice K(Plan de présentation pour le recrutement du groupe contrôle) 212
Appendice L(Feuille pour écrire les coordonnées des personnes intéressées) 214
Appendice M (Consentement libre et éclairé, groupe expérimental) 217
Appendice N (Consentement libre et éclairé, groupe contrôle) 220
Appendice O (Calendrier des étapes de réalisation de l'atelier) 222
Appendice P (Consigne de relaxation) 224

Liste des tableaux

Tableau

1 Caractéristiques sociodémographiques des participants du groupe expérimental et du groupe contrôle 69

2 Familiarité musicale des participants à l'étude 70

3 Séquences musicales utilisées lors des séances 85

4 Comparaison des moyennes des groupes contrôle et expérimental sur les variables à l'étude au premier temps 109

5 Coefficients de corrélation de Pearson sur les cinq variables à l'étude aux deux temps de mesure 110

6 Analyses de variance à mesures répétées sur les cinq variables à l'étude en fonction du groupe 112

7 Comparaison des moyennes des groupes contrôle et expérimental sur les scores de différence (prétest et posttest) des échelles de mesure 116

Liste des figures

1 Évolution de l'anxiété entre le prétest et le posttest chez les groupes expérimental et contrôle 113

2 Évolution de l'estime de soi entre le prétest et le posttest chez les groupes expérimental et contrôle 113

3 Évolution de l'actualisation du potentiel entre le prétest et le posttest chez les groupes expérimental et contrôle 114

4 Évolution du stress psychologique entre le prétest et le posttest chez les groupes expérimental et contrôle 114

5 Évolution des symptômes dépressifs entre le prétest et le posttest chez les groupes expérimental et contrôle 115

6 Comparaison des moyennes des groupes contrôle et expérimental sur les scores de différence (prétest-posttest) au niveau de l'anxiété 117

7 Comparaison des moyennes des groupes contrôle et expérimental sur les scores de différence (prétest-posttest) au niveau de l'estime de soi 118

8 Comparaison des moyennes des groupes contrôle et expérimental sur les scores de différence (prétest-posttest) au niveau de l'actualisation du potentiel 118

9 Comparaison des moyennes des groupes contrôle et expérimental sur les scores de différence (prétest-posttest) au niveau du stress psychologique 119

10 Comparaison des moyennes des groupes contrôle et expérimental sur les scores de différence (prétest-posttest) au niveau des symptômes dépressifs .. 119

Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu mon directeur de recherche, M. Gilles Lalande Ph.D., pour son soutien, sa patience, sa foi en ce projet. Merci d'avoir osé y croire et d'avoir su me guider en dehors des sentiers battus. Je voudrais ensuite exprimer ma gratitude à toutes les personnes qui ont participé à la pré-expérimentation et à l'expérimentation pour leur ouverture, leurs partages et leur grande implication. Merci d'avoir accepté de partager une partie de vous à travers les ateliers et les questionnaires. Merci aussi aux professeurs qui m'ont généreusement autorisé à présenter mon projet dans leurs cours lors du recrutement. À Mme Audrey Brassard, un grand merci pour les judicieux conseils quant au traitement statistique des données.

Enfin, un grand merci à mes parents, Alphonse et France, pour tout le support qu'ils continuent de me prodiguer jour après jour. Merci de croire en moi même dans les moments où le doute m'assaille. Merci à Mme Marie Côté, ta sagesse m'aide à désamorcer ces moments de doute. Merci à Mme Ginette Auclair, psychologue, pour avoir su m'insuffler et garder vivante la passion de la psychologie et pour la précieuse amitié. Merci à M. Dave Harvey, un ami formidable par son écoute, sa franchise et son intégrité. Enfin ma plus profonde gratitude à ma conjointe, Julie Tremblay, pour le support, l'écoute, l'amour et la tendresse qu'elle me donne à chaque jour. Merci d'avoir patiemment accepté tous les sacrifices imposés par la réalisation de *ce* projet. Il est temps maintenant de se consacrer à *nos* projets. J'en profite donc pour souhaiter la bienvenue au bébé qui s'en vient.

Introduction

La musique est une production artistique particulièrement accessible. L'individu est en contact avec elle plus souvent qu'autrement dans les médias et dans divers lieux publics, qu'elle soit en premier plan ou simplement en toile de fond. Aussi, beaucoup de gens l'utilisent comme un divertissement. Un autre usage de la musique est son utilisation comme outil thérapeutique. Cet usage de la musique est assez ancien, alors que les civilisations grecque et romaine lui attribuaient un rôle dans l'harmonie du corps et de l'esprit, et que les médecins de la Chine ancienne la prescrivaient à leurs patients (Lai, 1999).

Toutefois, si cette utilisation thérapeutique de la musique est assez ancienne, l'intérêt scientifique à cet égard est somme toute récent. Ce dernier ne cesse de croître, cependant. Cet intérêt grandissant a permis d'engendrer plusieurs travaux aux conclusions intéressantes, conférant à la musicothérapie un avenir prometteur. Bradford (1990) par exemple affirme que la combinaison de la psychothérapie avec la musique crée un outil d'intervention plus efficace que la psychothérapie seule dans le traitement de la dépression chez une clientèle rencontrée en clinique externe. D'autres changements attribuables à l'utilisation de la musique sont aussi rapportés dans d'autres travaux. Parmi ceux-ci, on retrouve une altération du comportement, une intensification de l'humeur déjà présente, une amélioration de la relation client-thérapeute (et client-

client dans un contexte de groupe), ainsi qu'une promotion de l'exploration et de l'ouverture de soi (Bonny et al., 1965; Caspy, Peleg, Schlam, & Goldberg, 1988; Devlin, & Sawatazky, 1987; Merrill, & Anderson, 1993; Mezzano, & Prueter, 1974; Oguchi, 1992; Ortiz, & Johnson, 1991; Schif, & Frances, 1974; Traub, 1969).

Cette discipline est donc en pleine expansion, mais il ne semble pas y avoir une théorie centrale encadrant à la fois les pratiques et les modèles théoriques en musicothérapie (Gfeller, 1987). La conception de la musicothérapie et les pratiques en vigueur peuvent donc être différentes d'un auteur à l'autre, d'un thérapeute à l'autre (Bruscia, 1998). Une synthèse portant sur certaines conceptions et techniques actuellement en usage en musicothérapie demeure nécessaire, dans un tel contexte, étant donné la fréquence des nouvelles découvertes et des changements en résultant dans la pratique et la théorie.

Une des techniques intéressantes en musicothérapie est la méthode d'imagerie guidée induite par la musique (Bonny, 1978a, 1978b, 1980; Bonny, & Savary, 1973). Cette technique entraînerait selon les recherches des effets bénéfiques assez grands sur la santé mentale (Blake, 1994; Blake, & Bishop, 1994; Bonny, 1978a, 1978b, 1980, 1986, 1989; Bruscia, 1996b; Bruscia, & Grocke, 2002; Bunt, 2000; Burns, 2001; Clark, 1996, 2002; Hammer, 1996; Jarvis, 1988; Körlin, & Wrangsjö, 2001, 2002; Maack, & Nolan, 1999; McKinney, Antoni, Kumar, & Kumar, 1995; McKinney, Antoni, Kumar, Tims, & McCabe, 1997; Moffitt, 1996; Nolan, 1983; Pickett, 1996; Rinker, 1996; Short,

2002; Summer, 1990, 2002; Ventre, 2002; Wrangsjö, & Körlin, 1995). Elle est néanmoins assez lourde dans sa forme originelle, avec des séances individuelles très longues. La popularité croissante de cette technique a favorisé l'apparition de plusieurs recherches l'incluant dans leur protocole. Cependant, malgré cette recrudescence, certaines pistes de recherches semblent avoir été mises de côté ou n'ont pas fait l'objet d'évaluations empiriques. C'est le cas notamment de l'approche de groupe, plus utilisée comme outil didactique et de promotion que comme outil d'intervention (Summer, 2002). D'autres adaptations, comme le raccourcissement des séances (Vaux, 1993), ne semblent pas avoir été évaluées empiriquement. Ces adaptations, si elles s'avéraient efficaces, pourraient contribuer à rendre la technique plus accessible, que ce soit comme approche curative face à une problématique ou comme outil de développement personnel.

La plupart des recherches en musicothérapie sont menées dans les grands centres urbains, en Europe et aux États-Unis. La population québécoise ne semble pas représentée dans les écrits scientifiques en musicothérapie, encore moins la population du Saguenay-Lac-St-Jean. Or, cette population pourrait bénéficier d'une telle approche, si l'on tient compte des effets bénéfiques rapportés dans les autres études auprès d'autres populations.

La présente étude propose en premier lieu une synthèse de différents concepts en jeu dans la musicothérapie, dont la musicothérapie réceptive. En second lieu, un devis

d'atelier de musicothérapie de groupe inspiré de la technique d'imagerie guidée induite par la musique et visant le développement personnel des participants est élaboré. Finalement, une recherche empirique vérifie les effets de ces ateliers sur des indicateurs positifs et négatifs de santé mentale sélectionnés à l'aide du modèle multifactoriel conçu par Labelle et al. (2001) auprès d'une population adulte du Saguenay-Lac-St-Jean. Étant donné le but de développement personnel de l'atelier, la population générale sera sollicitée et le recrutement ne cible pas des particularités cliniques précises chez les participants. La recherche mise en place adopte un devis quasi-expérimental, où l'atelier de musicothérapie constitue la variable indépendante et les indicateurs de santé mentale les variables dépendantes.

Le présent mémoire comporte quatre chapitres. Le premier offre une recension des écrits sur la musicothérapie. On y retrouve aussi des précisions conceptuelles sur les variables retenues et un relevé des principales études pertinentes à la formulation des objectifs et hypothèses de la présente recherche. Le deuxième chapitre présente la méthode utilisée pour vérifier les hypothèses. Le troisième chapitre présente les résultats des différentes analyses réalisées. Ces résultats sont ensuite approfondis et mis en relation avec les écrits sur le sujet dans le quatrième chapitre. Vient ensuite la conclusion qui reprend les différents points soulevés par cette étude, la situe face aux objectifs de départ et propose des pistes de recherche suggérées par les résultats. À la toute fin du présent document figurent la liste des références, ainsi que les différents documents utilisés au cours de la recherche.

Contexte théorique

Ce chapitre se divise en trois parties. La première aborde plus spécifiquement la musicothérapie et les principes qui la sous-tendent. La seconde s'attarde au concept de santé mentale en tant que réalité multifactorielle et à ses indicateurs. Le premier chapitre se termine sur la présentation des objectifs spécifiques de la recherche et sur les hypothèses qu'elle s'emploiera à vérifier.

La mise en place des concepts théoriques qui sous-tendent l'utilisation de la musicothérapie auprès de diverses clientèles veut ainsi répondre à l'un des objectifs de ce mémoire : procéder à une recension relativement complète des écrits pertinents et proposer une certaine organisation des connaissances qui émergent de plus en plus sur ce sujet. Un tel travail semble requis, étant donné que la recension des écrits n'a permis de trouver qu'une seule méta-analyse en musicothérapie et qu'en plus d'avoir été réalisée il y a près de vingt ans, elle ne portait que sur les articles parus dans un seul journal (Gfeller, 1987). Dans la première partie, une définition de la musique est d'abord présentée, suivie de précisions sur les liens entre musique, émotion et communication. Par la suite, la musicothérapie est décrite et une approche parmi celles existantes y est exposée plus en détails. Lors de la seconde partie, une définition du concept de santé mentale est présentée, suivie du modèle explicatif retenu pour les besoins du présent mémoire. Le chapitre se termine sur la présentation des objectifs et des hypothèses de recherche.

Musique

Il est généralement admis que la musique est partie intégrale de la vie, aujourd'hui. Elle accompagne diverses situations et peut servir à des fins utilitaires, comme simplement masquer des bruits désagréables, appuyer un passage dans un film ou encore aider à la détente, ainsi qu'à des fins récréatives. Chacun a un jour été en contact avec la musique. Comme le souligne Kupperschmitt (2000) :

> Nous baignons dans la musique, elle nous accompagne, trop présente, constante, parfois même agaçante. [...] En ce sens, elle est éminemment sociale, perceptible et saisissable. Subie ou choisie, elle forme masse au centre de la réalité sociale. Elle est diffusée et se diffuse, fait partie de la vie collective. (p.84)

À la lumière de ce fait, il serait possible de croire qu'un phénomène tant côtoyé soit facile à définir. Cependant, bien qu'il existe beaucoup d'écrits sur les musiciens, sur les différents courants musicaux, ainsi que sur les utilisations possibles de la musique, peu d'ouvrages s'attardent à la définir vraiment.

Or, comme le souligne Bruscia (1998), la façon dont la musique elle-même est définie influence grandement les utilisations auxquelles elle pourrait se prêter. Aussi propose-t-il une définition traduisant sa propre conception de la musique, orientant du même coup l'usage qu'il en fait :

> La musique est une institution humaine dans laquelle des individus créent du sens et de la beauté par le son, en utilisant les arts de la composition, de l'improvisation, de l'interprétation et de l'écoute. Le sens et la beauté

> dérivent des relations intrinsèques entre les sons et les autres formes de l'expérience humaine. Ainsi, le sens et la beauté peuvent se retrouver dans la musique elle-même [...], dans l'acte de créer ou d'être en contact avec la musique [...], dans le musicien [...], ainsi que dans l'univers. (p.104)[1]

Cette définition, bien qu'opérationnelle, laisse place à quelques ambiguïtés. Par exemple, existe-t-il une distinction entre le bruit, une série de sons et la musique ? Si oui, comment la faire ? Avec les courants de la musique électro-acoustique, de l'échantillonnage et des techniques de traitement du son, la limite entre le bruit et la musique ne devient que plus floue. Pour les fins de la présente recherche, le concept de musique ne tiendra pas compte de cet aspect et se concentrera sur les formes plus organisées de la musique, sur des œuvres reconnues par consensus comme étant de la musique, de par leur structure, leurs qualités esthétiques et sonores, ainsi que de par leur attrait.

Peu importe la théorie envisagée, un point demeure : le but d'expression et de communication de la musique. À ce titre, les vertus thérapeutiques de la musique sont reconnues implicitement depuis longtemps. Lai (1999) rapporte en effet que la musique se voyait attribuer un rôle dans l'harmonie du corps et de l'esprit dans les civilisations grecque et romaine, alors que des médecins chinois de la même époque la prescrivaient à leurs patients. Aujourd'hui, une majorité de gens reconnaissent de façon informelle à la

---

[1] Traduction libre de "*Music is the human institution in which individuals create meaning and beauty through sound, using the arts of composition, improvisation, performance and listening. Meaning and beauty are derived from intrinsic relationships created between the sounds themselves and from the extrinsic relationships created between the sounds and other forms of human experience. As such, meaning and beauty can be found in the music itself* [...], *in the act of creating or experiencing the music* [...], *in the musician* [...], *and in the universe.*"

musique des effets confortants et guérisseurs, et certains ont même pu témoigner de tels effets de par leur expérience (Bruscia, 1998). L'intérêt scientifique sur l'utilisation thérapeutique de la musique est malgré tout récent. Bien des chercheurs avancent maintenant la possibilité que l'expérience de la musique comporte des éléments thérapeutiques non-négligeables. À mesure que l'intérêt à ce sujet grandit, les connaissances sur les effets thérapeutiques de la musique s'étoffent et des principes permettant d'encadrer les pratiques émergent.

Musique, émotion et communication

Plusieurs pistes quant à la cause des effets thérapeutiques de la musique peuvent être suivies. Aussi, des recherches influencées par des disciplines comme la neuropsychologie font leur apparition en musicothérapie, en évaluant l'impact objectif que la musique peut avoir sur le corps et l'influence de cet impact sur les réalités subjectives de l'individu. Cependant, la majorité des données accessibles en musicothérapie proviennent encore de travaux mesurant l'impact subjectif de la musique en accordant une importance secondaire au corps. Dans cette optique, il importe de s'interroger sur l'impact de la musique sur les émotions. Un tel phénomène peut être étudié sous plusieurs angles (voir Juslin et Sloboda [2003] pour un regard détaillé sur plusieurs de ces aspects). Deux points de vue semblent revêtir un plus grand intérêt dans le cadre de la présente recherche : le point de vue psychologique et le point de vue de la musicothérapie.

Point de vue psychologique selon Sloboda et Juslin (2003)

Les conclusions énoncées ici sont tirées de la recension des écrits sur le point de vue psychologique du lien entre la musique et l'expérience émotionnelle que signent Sloboda et Juslin (2003), sauf autrement noté.

L'apport majeur de la psychologie à l'étude de l'émotion en lien avec la musique est qu'elle a permis d'éclaircir pourquoi et comment la personne en vient à réagir émotionnellement à la musique, ainsi que d'avoir précisé un peu plus ce qui fait que la musique est perçue comme le véhicule de contenus émotifs. Sloboda et Juslin soulèvent alors la difficulté inhérente à définir puis à mesurer l'émotion, selon les théories existantes. Ils finissent toutefois par s'en remettre à la définition proposée par Kleinginna et Kleinginna (1981):

> L'émotion est un agencement complexe d'interactions entre des facteurs objectifs et subjectifs, avec comme médiateur les systèmes neuronal et hormonal. Ces interactions peuvent : (a) intensifier des expériences affectives [...] ; (b) générer des processus cognitifs [...] ; (c) activer une série de réactions physiologiques d'adaptation [...] ; (d) mener à l'adoption d'un comportement souvent [...] expressif, orienté vers un but et adaptatif. (Sloboda, & Juslin, 2003, p. 75)[2]

---

[2] Traduction libre de « *Emotion is a complex set of interaction among subjective and objective factors, mediated by neural/hormonal systems, which can (a) give rise to affective experiences [...]; (b) generate cognitive processes [...]; (c) activate widespread physiological adjustments [...]; and (d) lead to behavior that is often [...] expressive, goal-directed, and adaptative.* »

Phénomène encore aujourd'hui trop peu étudié, la recherche sur la relation entre émotion et musique semble poser quelques difficultés. L'une des plus apparentes semble être la grande variabilité dans l'effet de la musique sur les émotions observée entre les individus, ainsi que la variabilité chez un même individu à travers le temps (Sloboda, 1996). Malgré cette observation, plusieurs chercheurs considèrent toujours la musique comme un bon médium dans l'étude des émotions.

Les émotions comporteraient donc entre elles quelques caractéristiques communes venant teinter la relation avec la musique. Elles sont premièrement fonctionnelles, elles servent un but. La musique devrait donc elle aussi être envisagée selon le but qu'elle sert dans la vie de l'individu. Les émotions comportent ensuite des éléments physiologiques, expérientiels et comportementaux. Ainsi, la réponse émotionnelle à la musique comporte-t-elle aussi ces éléments, selon plusieurs écrits. Troisièmement, les émotions sont provoquées par des inducteurs qui poursuivent un but, qui ont un sens. Cependant, il arrive fréquemment que la réponse émotionnelle à la musique se déroule sans que l'individu ne puisse découvrir de façon précise ce sens. La réponse émotionnelle à la musique pourrait alors se dérouler à un niveau pré-conscient ou de façon automatique. Enfin, l'émotion semble intrinsèquement sociale, malgré le fait qu'elle puisse survenir lorsqu'une personne est seule. L'individu, selon cette perspective, développe des mécanismes de détection et d'identification des indices permettant d'attribuer des émotions à l'entourage et de vérifier si elles concordent avec les siennes. La musique constitue alors un bon écran projectif pour de tels mécanismes.

Sloboda et Juslin (2003) abordent ensuite les facteurs identifiés comme sources d'émotions dans la musique. Deux catégories de facteurs s'en dégagent : les facteurs intrinsèques à la musique et les facteurs extrinsèques à la musique. Les facteurs intrinsèques ne proviennent que du stimulus musical : de sa structure, de l'interaction entre les moments de tension musicale et de résolution des tensions, etc. Ces facteurs structuraux pourraient jouer sur la nature de la réponse émotionnelle ainsi que sur son intensité, celles-ci pouvant varier avec les changements dans la musique. Cependant, la réponse émotionnelle occasionnée par de tels facteurs demeure parfois embryonnaire, imprécise et moins intense, jusqu'à ce qu'interviennent les facteurs extrinsèques (par exemple avec l'association d'un contenu sémantique, d'une signification).

Les facteurs extrinsèques d'émotion dans la musique comportent deux sous-catégories : iconique[3] et associative. La catégorie iconique porte sur la ressemblance formelle pouvant apparaître entre une structure musicale et un agent ou un événement comportant une certaine *couleur émotionnelle*. Le terme « iconique » tient du fait que la ressemblance entre la structure musicale et son référent non-musical est très apparente, bien que non-arbitraire. Les liens iconiques peuvent, selon les chercheurs, préciser des émotions particulières et ainsi remplacer par une expérience émotionnelle réelle le simple engagement de l'auditeur au niveau structural de la musique.

---

[3] Traduction libre de « *iconic* »

La catégorie associative serait, quant à elle, issue de liens arbitraires entre l'expérience de la musique et une gamme de facteurs non-musicaux pouvant comporter leurs propres significations. Contrairement aux sources intrinsèques et extrinsèques iconiques (qui s'appliquent à de petits passages ou à des éléments structuraux plus précis), les sources extrinsèques associatives d'émotion amènent l'individu à attribuer une signification de façon plus générale, à une pièce entière ou à un grand passage, sans tenir compte d'éléments précis. Comme le souligne Meyer (2003) :

> Ce qui est habituellement désigné comme une réponse émotionnelle à la musique est en fait la réponse produite par des auditeurs sans biais culturel aux relations qui forment l'expérience auditive. Cependant, il est bien connu qu'une réponse émotionnelle à la musique peut être évoquée non seulement par les agencements sonores présentés, mais aussi par la possibilité que ces agencements sonores soient envisagés comme une allusion à d'autres compositions (...), comme étant associés à une musique accompagnant une activité culturelle (...), ou comme représentant des sons de la nature (...). Ce ne sont pas alors les agencements musicaux en soi qui évoquent l'émotion, mais bien les connotations leur étant rattachées par les auditeurs. (p.348)[4]

Ainsi, les réponses à caractère émotionnel à la musique rendent compte à la fois du côté intrinsèque (centré sur des éléments de l'œuvre) et du côté extrinsèque (plus général, sensible au contexte) (Sloboda, & Juslin, 2003). Les réponses émotionnelles à la musique seraient liées à une séquence d'événements basée sur des règles et des conventions relevant à la fois de représentations, d'une compréhension, d'un bagage

---

[4] Traduction libre de « *What is usually meant by an emotional response to music is a response made by acculturated listeners to the relationships that shape auditory experience. But, as is well known, an emotional response may be evoked not primarily by the sound patterns presented, but by allusions that those patterns are understood to make to other compositions [...], to music associated with a cultural activity [...], or to sounds in nature [...]. In these cases, it is not the patterning of the music per se that evokes emotion, but the connotations that it has for different listeners.* »

commun et de croyances partagées. La forte composante sociale de ce détail amène à envisager l'impact émotionnel de la musique comme étant intimement relié au contexte dans lequel elle est entendue (Sloboda, & O'Neill, 2003).

De plus, la musique pourrait, de par ses composantes, induire des émotions chez les auditeurs et ces derniers, selon les recherches, lui attribueraient eux-mêmes un contenu émotionnel. Ces deux éléments rendent compte de la variété de facteurs pouvant induire l'expérience émotionnelle ainsi que la variété avec laquelle elle peut s'exprimer. Scherer et Zentner (2003) relèvent d'ailleurs qu'il y a beaucoup de preuves de l'attribution par l'auditeur d'émotions spécifiques à un certain type de musique, mais qu'il demeure difficile avec les modèles théoriques actuels d'apporter des preuves solides que ce type de musique comporterait lui-même une charge émotive particulière. Cependant, il serait très important, selon Sloboda et Juslin (2003) de tenir compte des fonctions sociales que peut remplir la musique dans la vie de l'individu dans divers contextes. En effet, la réaction émotionnelle à la musique serait grandement influencée par le contexte d'utilisation de la musique, par l'usage que l'individu en fait.

Points de vue de la musicothérapie

L'utilisation de la musique dans un but thérapeutique veut offrir des moyens efficaces pour l'exploration et la communication d'un grand nombre d'émotions (Bunt, & Pavlicevic, 2003). Aussi, dans un tel domaine, les liens existant entre musique,

émotion et communication prennent tout leur sens. Bunt et Pavlicevic (2003) ont effectué une recension des écrits éclaircissant plusieurs aspects de cette relation. Les considérations qui suivent reposent donc sur leur travail, sauf autrement noté.

Les réponses psychologiques à la musique constituent l'objet central de la musicothérapie. Un intérêt majeur est alors porté à la découverte de façons d'utiliser la musique afin à la fois d'exprimer et d'éveiller une riche gamme d'émotions. Ainsi, dépendamment de l'approche utilisée, le participant peut avoir à articuler et exprimer ses émotions par un geste musical (production de musique, pré-composée ou improvisée) ou être attentif aux émotions éveillées par l'écoute d'un extrait musical (œuvre pré-existante ou improvisée, pré-enregistrée ou jouée en direct par le thérapeute). Il convient aussi de tenir compte de l'apport émotionnel du thérapeute qui, par sa présence active et son implication dans la production musicale ou dans l'écoute, favorise lui aussi l'émergence d'un contenu émotionnel chez les participants.

Lorsque le client et le thérapeute sont impliqués dans une production musicale, improvisée ou autre, une relation intime et signifiante s'établit. Elle est en lien avec le vécu du client en dehors du cadre thérapeutique, permettant au client d'explorer et d'étendre sa vie émotionnelle ainsi que d'y trouver un sens, d'y faire des liens entre sa vie personnelle et sociale.

Les théories exposées par Sloboda et Juslin (2003) et abordées au point précédent prennent une grande importance dans l'utilisation thérapeutique de la musique. Ainsi, les sources associatives seraient fréquemment responsables de l'impact émotionnel de l'écoute d'une production musicale. La musique agit alors comme un puissant déclencheur d'associations avec différents facteurs (comme le rappel d'événements ou d'endroits spécifiques, le souvenir de personnes chères ou marquantes, etc.), qui font émerger un contenu émotionnel. Pavlicevic (1997) fait cependant remarquer que le caractère hautement individuel d'un tel impact le rend difficile à prévoir.

Les sources iconiques d'émotion en musique prennent aussi de l'importance lors de l'écoute de musique. Selon Bunt et Pavlicevic (2003) : « L'écoute d'un son particulier ou d'une série de sons particulière [...] peut relier une caractéristique musicale à un événement externe ou à un sentiment humain. » (p.184)[5]

Ainsi, alors que certains clients sont ouverts et même parfois à la recherche de telles relations, certains autres restent dans la nature ambiguë de la musique, préférant percevoir l'expérience musicale comme un événement distinct, sans lien avec leur vie. Plusieurs reconnaissent alors l'impact émotionnel de l'extrait musical en lui-même, mais demeurent réticents à tenter un lien avec leur expérience de vie.

---

[5] Traduction libre de « *Listening to a particular sound or series of sounds [...] can link musical characteristics to some external musical event or human feeling.* »

Du point de vue des sources intrinsèques d'émotion en musique, Bunt et Pavlicevic (2003) rapportent que plusieurs travaux attestent que des liens entre les expériences émotionnelles des clients et certains aspects de la musique peuvent être observés. La technique d'imagerie guidée induite par la musique (abordée de façon approfondie plus loin dans le présent chapitre) en est un bon exemple. Alors même que le client entend la musique, il crée une imagerie et lie instantanément les deux, sensible aux éléments de surface et de fond dans la musique, de façon à influencer l'expérience d'imagerie. Il est alors possible de déceler des liens entre un événement musical particulier et une structure particulière observée dans l'imagerie correspondante (Bunt, 2000).

Bunt et Pavlicevic (2003) font toutefois remarquer qu'il demeure impératif de considérer, lors de l'étude de la relation entre musique et émotion en musicothérapie, à la fois l'expérience directe de l'émotion chez l'auditeur/interprète et la reconnaissance de l'émotion dans la musique elle-même. Cette étude se complexifie lors d'activités d'improvisation musicale thérapeutique, de par l'interaction des facteurs musicaux, psychologiques et relationnels. Des modèles théoriques tenant compte de ces aspects de façon approfondie existent, mais ne seront pas abordés ici (voir Bruscia, 1987).

Musique et communication

La musique, de par sa composante émotionnelle (réelle ou induite par l'auditeur), comporterait alors une valeur communicative selon plusieurs théoriciens et chercheurs. Ainsi, pour Guilhot, Guilhot, Jost et Lecourt (1984), la musique peut agir comme intermédiaire dans la reprise de la communication interpersonnelle. La musique comporterait une charge affective pouvant mener à des modifications émotionnelles très grandes chez le sujet réceptif, alors qu'elle n'aura que peu ou pas d'effets chez un sujet défensif (Moyne-Larpin, 1988). Ce point de vue est repris par Assabgui (1990), pour qui l'écoute d'une œuvre pourrait modifier l'état intérieur de l'auditeur, mettant en jeu « des émotions autour desquelles une parole peut trouver à s'articuler, ou du moins une ébauche de conceptualisation » (p.20). Trimble (1971) de son côté fait état de certains effets de la musique sur l'humeur, tout en citant plusieurs autres travaux arrivant à des résultats comparables. Goins (1998), quant à lui, avance que la musique pourrait avoir un impact dans le développement de la communication auprès de personnes affichant notamment un affect inapproprié. Toutes les connaissances émergeant des recherches sur les effets thérapeutiques de la musique eurent tôt fait de s'organiser, afin de mieux coordonner les efforts de recherche et de maximiser les éventuels effets bénéfiques de la musique.

Définition de la musicothérapie

Musicothérapeute et chercheur reconnu dans le domaine, Bruscia (1998) signe un ouvrage s'attardant à la définition même du concept de musicothérapie. Il soulève entre autre le problème de l'élaboration d'une définition précise, opérationnelle et universelle d'un concept aussi large. Ce détail est aussi relevé par Gfeller (1987), dont la méta-analyse n'a pu identifier une théorie centrale dans la pratique de la musicothérapie. Selon Bruscia (1998), la conception de la musicothérapie est grandement influencée par la pratique de chaque musicothérapeute, et des approches différentes quant à la pratique mènent nécessairement à des visions différentes sur ce qu'est ou devrait être la musicothérapie. Néanmoins, avant de présenter sa conception personnelle, Bruscia fait un survol des différentes définitions actuellement employées dans le milieu de la musicothérapie. Leur grand nombre vient d'ailleurs prouver l'impossibilité d'une définition unique, mais il est possible d'y dégager certains éléments faisant consensus.

Certaines définitions sont plus générales, ne précisant pas les techniques utilisées, les populations visées et demeurant vagues sur les effets souhaités. L'Association Française de Musicothérapie conçoit donc la musicothérapie comme l'utilisation dans une relation psychothérapeutique du son et de la musique (Bruscia, 1998, p.270). Pour le South African Institute, elle consiste en « l'utilisation planifiée de la musique afin d'obtenir des effets thérapeutiques » (Bruscia, 1998, p.276)[6]. Certains

[6] Traduction libre de « *[...] the planned use of music to give therapeutic effects.* »

chercheurs adoptent aussi une vision très générale de ce qu'est la musicothérapie. C'est le cas notamment de Schomer, pour qui elle est une « utilisation de la musique pour produire un état de bien-être chez l'individu » (Bruscia, 1998, p.276)[7]. De telles définitions permettent une grande liberté quant aux modalités d'utilisation de la musique. Seulement, rien ne peut permettre d'encadrer les pratiques afin de distinguer la musicothérapie des autres utilisations de la musique. Aucune précision n'est fournie quant aux clientèles-cible de la musicothérapie, ainsi que sur les problématiques ou les besoins auxquels la musicothérapie peut s'adresser efficacement.

D'autres associations et chercheurs ont donc apporté plus de précisions dans leur définition de la musicothérapie, que ce soit sur ses constituants, ses clientèles-cible, ses techniques ou encore sur les problématiques face auxquelles elle pourrait être efficace. C'est ainsi que l'*Association for Professional Music Therapists in Great Britain* développe dans sa définition un concept brièvement abordé par l'Association Française de Musicothérapie : la relation. En effet, selon ce regroupement, la relation entre le thérapeute et le client est l'agent de changement, la musique n'étant que l'intermédiaire entre les deux (Bruscia, 1998). Barcellos (1982) abonde en ce sens, en considérant la musicothérapie comme étant l'utilisation de la musique et/ou de ses composantes comme intermédiaire dans la relation entre le thérapeute et le client, afin de mobiliser ce dernier dans des changements venant amoindrir l'intensité de ses difficultés.

---

[7] Traduction libre de « *[...] application of music to produce a condition of well-being in an individual.* »

De telles conceptions contribuent à clarifier la musicothérapie, mais font peu pour déterminer les pratiques tombant dans le champs de la musicothérapie. Ainsi, certains chercheurs adoptent une approche plus restrictive, en déterminant des techniques précises. Odell (1988) propose ainsi que le médium primaire de la relation thérapeutique en musicothérapie soit la production musicale par le client et le thérapeute. Agrotou (1993) va plus loin en réduisant la production musicale à la seule improvisation musicale comme véhicule du transfert et du contre-transfert dans la relation thérapeutique pour qu'un effet bénéfique puisse survenir. Priestley (1980) affichait déjà une opinion similaire, selon laquelle l'improvisation musicale permettait l'exploration de la réalité intérieure du client. Pour Steele (1977), la musicothérapie consiste en l'agencement de l'apprentissage de la musique et de la participation à des activités musicales, afin de modifier des comportements ou des processus d'apprentissage inappropriés ou inefficaces.

Il est possible d'obtenir de ces conceptions un cadre solide pour la construction d'une activité thérapeutique. Cependant, elles semblent exclure l'utilisation de l'écoute de musique pré-enregistrée ou exécutée par quelqu'un d'autre que le client lui-même. De telles pratiques sont présentes dans le milieu de la musicothérapie et ont pu démontrer avec le temps un impact sur diverses problématiques. Aussi, certains chercheurs et certaines associations ont préféré présenter une définition un peu plus large de la musicothérapie afin d'inclure ces pratiques. C'est ainsi que plusieurs parlent d'*activités musicales* plutôt que d'une technique ou d'une approche particulières (Bang,

1986 ; Bruscia, 1998; Carter, 1982; Guaraldi, cité dans Bruscia, 1998; Natanson, cité dans Maranto, 1993; Peters, 1987; Plach, 1980; Rudenberg, 1982). La plupart des associations de musicothérapeutes abondent aussi en ce sens (Bruscia, 1998), afin probablement de mieux représenter leurs membres et de présenter une image plus complète de la profession dans toute sa diversité.

Les chercheurs et théoriciens affichent donc des points de vue divers sur ce que devrait être la musicothérapie. Cette diversité des points de vue est aussi présente lorsqu'il s'agit des utilisations possibles de la musicothérapie. Certains prônent un usage curatif face à diverses problématiques en santé mentale ou physique (Alley, 1979; Alvin, 1975; Bang, 1986; Bright, 1981; Lehtonen, 1993; Munro, & Mount, 1978; Peters, 1987; Steele, 1977), alors que d'autres croient qu'elle ne devrait servir qu'à des fins éducatives ou d'actualisation des potentialités de la personne (Schomer, 1973; Yamamatsu, cité dans Bruscia, 1998). Une majorité enfin semble penser qu'il ne faut pas vouer le concept de musicothérapie à l'une ou l'autre de ces options exclusivement. Elle serait utilisable efficacement dans des contextes curatifs, éducatifs, de croissance personnelle, ainsi que comme agent de changement (Barcellos, 1982; Bonny, 1986; Boxill, 1985; Bruscia, 1998; Bunt, 1994; Carter, 1982; Codding, 1982; De Backer, & Peuskens, 1993; Del Campo, 1993; Di Franco, & Perilli, 1993; Doyle, 1989; Fleshman, & Fryear, 1981; Hadsell, 1974; Hesser, 1995; Jondittir, 1993; Kenny, 1982; Kortegaard, & Pedersen, 1993; Lecourt, citée dans Bruscia, 1998; Natanson, cité dans Maranto, 1993; Odell, 1988; Paul, 1982; Plach, 1980; Polit, 1993; Priestley, 1980; Prinou, 1993;

Rudenberg, 1982; Silva, cité dans Maranto, 1993). Les diverses associations de musicothérapeutes affichent aussi une conception plutôt large que restrictive quant aux utilisations possibles de la musicothérapie (Bruscia, 1998).

Une définition acceptable de la musicothérapie se doit donc d'être claire, assez large pour inclure les différentes modalités d'utilisation de la musique, tout en donnant assez d'indications pour permettre le discernement entre ce qui relève de la musicothérapie et ce qui s'apparente plutôt à d'autres approches. Elle se doit aussi de présenter sommairement les buts de l'intervention et les clientèles-cible. Bruscia (1998) propose une définition opérationnelle et intéressante de la musicothérapie :

> La musicothérapie est le procédé d'intervention systématique dans lequel le thérapeute aide le client à favoriser sa santé, en utilisant des expériences musicales et la relation s'y développant comme des forces dynamiques de changement. (p.20)[8]

Ce à quoi l'Association canadienne de musicothérapie rajoute :

> La musicothérapie consiste en l'utilisation de la musique afin d'aider l'individu à intégrer les différentes facettes de son développement physique, psychologique et émotionnel, ainsi qu'à l'aider dans le traitement d'une maladie ou d'une invalidité. Elle peut s'appliquer à tous les groupes d'âge et se présenter sous une variété de modalités de traitement. La musique possède une qualité non-verbale, tout en offrant plusieurs opportunités pour l'expression verbale et vocale. [...] La musicothérapie procure une approche humaniste et viable reconnaissant et développant les ressources intérieures souvent cachées du client. Les

[8] Traduction libre de « *Music therapy is a systematic process of intervention wherein the therapist helps the client to promote health, using music experiences and the relationships that develop through them as dynamic forces of change.* »

> musicothérapeutes souhaitent aider l'individu dans le meilleur développement de son potentiel. (Bruscia, 1998, p.268)[9]

Ces deux définitions influencent grandement la conception de la musicothérapie retenue dans la présente recherche, de par leur fonctionnalité, leur clarté et leurs indications quant à la clientèle visée. Pour les fins de la présente recherche, le terme musicothérapie représente donc un procédé systématique d'intervention visant la promotion de la santé mentale et le meilleur développement du potentiel de l'individu, en utilisant des expériences musicales diverses et les relations s'y développant comme des forces dynamiques de changement. Elle peut s'adresser à tous les groupes d'âge et se pratiquer en dyade (thérapeute-client) ou en groupe.

Musicothérapie active et musicothérapie réceptive

La définition retenue parle d'*expériences musicales*. Celles-ci peuvent donc être très diverses, du moment que la musique y est impliquée en tant que partie prenante du processus. Certains ouvrages fournissent d'ailleurs quelques bonnes énumérations (non-exhaustives, toutefois) des techniques utilisées en musicothérapie (Bruscia, 1996a; Bruscia, & Grocke, 2002; Ducourneau, 1997; Guilhot, Guilhot, Jost, & Lecourt, 1984; Lecourt, 1977; Moyne-Larpin, 1988). Malgré leur grande variabilité, on peut distinguer

---

[9] Traduction libre de « *Music therapy is the use of music to aid the physical, psychological and emotional integration of the individual, and in the treatment of illness or disability. It can be applied to all age groups, in a variety of treatment settings. Music has a non-verbal quality but offers a wide opportunity for verbal and vocal expression. [...] Music therapy provides a viable and humanistic approach that recognizes and develops the often untapped inner resources of the client. Music therapists wish to help the individual to move towards an improved self-concept.* »

deux grandes approches (Centre International de Musicothérapie, 2001; Montello, & Coons, 1998) où se répartissent quatre catégories d'activités (Bruscia, 1998). Malgré cette distinction, Guilhot et al. (1984) mentionnent que les buts principaux devraient demeurer la libération des émotions et des affects, la prise de conscience de leur signification et de leur portée, ainsi qu'une réorganisation de ces éléments.

La première grande approche est nommée *musicothérapie active* et regroupe des activités telles que la composition de musique (ou de paroles sur une musique), l'improvisation musicale, ainsi que l'interprétation de pièces existantes (Bruscia, 1996a). Bref, cette approche comporte toutes les techniques où un travail est effectué directement sur l'objet musical. La production de musique peut se faire par le biais de la voix, du corps ou d'instruments de musique (Montello, & Coons, 1998). Selon Bruscia (1998), l'expérience de la musique en approche active permet au client à la fois d'exprimer ses problèmes, d'explorer ses ressources, de travailler sur ses conflits, de développer des relations et de trouver résolution et sentiment d'accomplissement.

Kupperschmitt (2000) propose quatre objectifs de travail en musicothérapie active pour l'atteinte d'effets bénéfiques en dehors du cadre de la musicothérapie. Le premier consiste en l'établissement de repères et de limites de façon à apprendre à *composer* avec eux, par exemple en organisant hiérarchiquement les stimuli. Le second vise à redonner un sentiment de compétence à l'individu, par la maîtrise progressive d'un instrument. La musicothérapie active devrait viser en troisième lieu à favoriser la

socialisation. Enfin, le quatrième objectif serait, selon Kupperschmitt, la régulation du comportement de façon à accéder à une plus grande maîtrise de l'impulsivité, « ce qui favorise l'atteinte d'objectifs et la création d'habitudes structurantes face aux apprentissages » (p.33). Moyne-Larpin (1988) précise que l'approche active peut procurer un cadre sécurisant où un certain défoulement de l'affectivité et de l'agressivité peut se produire. L'approche active a pu démontrer son efficacité dans l'amélioration de l'estime de soi, des relations avec les pairs et de la cohésion de groupe, entre autres (Montello, & Coons, 1998).

La *musicothérapie réceptive*, quant à elle, inclut toutes les expériences où il y a écoute d'un extrait musical par le client, sans que ce dernier n'effectue un travail direct sur cet extrait (Montello, & Coons, 1998). Cet aspect lui a valu le nom de musicothérapie passive chez certains chercheurs (Montello, & Coons, 1998; Waldon, 2001). Par aucun « travail direct » sur l'extrait musical, on entend que le client n'interprète pas la musique, qu'il n'en écrit pas les paroles ni n'improvise sur elle.

Le travail peut alors se faire par associations libres sur la musique (Kupperschmitt, 2000), par la relaxation (Davis, & Thaut, 1989; Hendricks, Robinson, Bradley, & Davis, 1999; Lai, 1999; Loveszy, 1996; Robb, 2000; Staum, & Brotons, 2000; Thaut, & Davis, 1993; Waldon, 2001), par des interventions de recadrage (Kerr, Walsh, & Marshall, 2001; Russell, 1992), ou encore par l'imagerie mentale sur la musique (Blake, & Bishop, 1994; Bonde, 1997; Bonny, 1978a, 1978b, 1980, 1989;

Bonny, & Savary, 1973; Bruscia, 1996b; Bruscia, & Grocke, 2002; Burns, 2001; Clark, 1996; Hammer, 1996; Jarvis, 1988; Körlin, & Wrangsjö, 2001; Körlin, & Wrangsjö, 2002; Maack, & Nolan, 1999; McKinney, 1990; McKinney, Antoni, Kumar, Tims, & McCabe, 1997; McKinney, & Tims, 1995; Moffitt, 1996; Nolan, 1983; Pickett, 1996; Rinker, 1996; Russell, 1992; Vaux, 1993).

Même si plusieurs théoriciens et praticiens en musicothérapie considèrent l'approche active comme la plus valable (Ducourneau, 1997), la comparaison des deux approches dans un cadre expérimental ne permet pas la découverte d'une différence significative quant à leur efficacité, les deux affichant des résultats positifs face à diverses problématiques (Montello, & Coons, 1998; Waldon, 2001). Des auteurs comme Guilhot et al. (1984) suggèrent même fortement d'associer les deux approches. Toutefois, il est recommandé de débuter l'intervention par l'approche réceptive (Lecourt, 1977).

Dès lors, l'approche réceptive semble comporter un certain avantage par rapport à l'approche active. D'abord, l'approche active nécessite un instrumentarium varié et de qualité (Ducourneau, 1997; Guilhot et al., 1984), ce dont l'approche réceptive n'a pas besoin puisque le client ne joue pas la musique. Un lecteur de disques compacts ou de cassettes audio et des enregistrements variés et de qualité sont facilement accessibles à beaucoup moins de frais que la constitution d'un instrumentarium. L'approche réceptive peut aussi libérer le client de l'angoisse de performance souvent associée au fait de jouer

d'un instrument devant quelqu'un. Kupperschmitt (2000) signale aussi qu'en approche active, il est nécessaire de consacrer beaucoup de temps pour arriver à jouer, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la thérapie, et que cela nécessite un grand travail et une bonne discipline de la part du client. En approche réceptive, le client n'a pas besoin d'apprendre à jouer d'un instrument ou d'avoir des connaissances théoriques sur la musique pour en faire l'expérience. De plus, de par leur nature basée sur l'écoute, des activités de musicothérapie réceptive s'organisent plus aisément dans des contextes où les facilités matérielles ou l'insonorisation des locaux permettraient plus difficilement la tenue d'ateliers de musicothérapie active. Cependant, à cause de la concentration qu'elle demande, la musicothérapie réceptive semble plus indiquée pour des personnes possédant de bonnes facultés d'attention (Bonny, 1989).

Imagerie guidée et musique

Comme mentionné précédemment, une des possibilités intéressantes de la musicothérapie réceptive réside dans l'association de techniques utilisées en psychothérapie à l'écoute de musique. De telles associations ont notamment pu être faites avec des interventions de recadrage, pour lancer un dialogue « nourri » par la musique, avec des techniques de relaxation, ou encore avec l'imagerie mentale. À ce titre, McKinney et Tims (1995) relèvent plusieurs travaux utilisant l'imagerie et la musique auprès de diverses clientèles. Pour eux, ces travaux fournissent des évidences

cliniques de l'efficacité que peut avoir l'utilisation de la musique et de l'imagerie dans un cadre thérapeutique.

Parmi les techniques d'intervention utilisées en approche réceptive, la méthode d'imagerie guidée induite par la musique, telle que conçue par la musicothérapeute Helen Bonny, est sûrement parmi les plus reconnues et les plus pratiquées à travers le monde (Wigram, Pedersen, & Bonde, 2002). La GIM (Guided Imagery and Music) consiste en l'écoute dans un état de relaxation profonde d'une séquence musicale sélectionnée afin de favoriser l'apparition à la conscience d'imagerie mentale, de symboles, d'émotions et de sentiments profonds (Bonny, 1978b). L'emphase est alors mis sur l'usage conscient de l'imagerie résultant de l'écoute de la musique dans le but de favoriser la compréhension de soi et la croissance personnelle (Bonny, 1989) en permettant la découverte et l'exploration de matériel habituellement moins accessible (McKinney, Antoni, Kumar, Tims, & McCabe, 1997). Elle est donc un processus holistique où la personne peut découvrir ses richesses et ses potentialités par l'imagerie et où elle peut explorer ce qu'elle a été, ce qu'elle est, ainsi que ce qu'elle peut être (Ventre, 2002). Cette technique peut se pratiquer en individuel (dyade thérapeute-client) ou en groupe (Bonny, 1980, 1989; Bonny, & Savary, 1973; Bruscia, 2002; Clark, 2002; Summer, 1990, 2002; Ventre, 2002). La version individuelle a pu démontrer des effets bénéfiques sur la santé mentale dans plusieurs travaux auprès de plusieurs populations (Blake, 1994; Blake, & Bishop, 1994; Bonny, 1978a, 1978b, 1980, 1986, 1989; Bruscia, 1996b; Bruscia, & Grocke, 2002; Bunt, 2000; Burns, 2001; Clark, 1996, 2002; Hammer,

1996; Jarvis, 1988; Körlin, & Wrangsjö, 2001, 2002; Maack, & Nolan, 1999; McKinney, Antoni, Kumar, & Kumar, 1995; McKinney, Antoni, Kumar, Tims, & McCabe, 1997; Moffitt, 1996; Nolan, 1983; Pickett, 1996; Rinker, 1996; Short, 2002; Summer, 1990, 2002; Ventre, 2002; Wrangsjö, & Körlin, 1995).

Séance d'imagerie guidée induite par la musique

La forme classique de la GIM se pratique en individuel, c'est-à-dire un seul client avec un thérapeute. Ventre (2002) en livre d'ailleurs une bonne description. Pour cet auteur, la forme individuelle sert d'abord un but de croissance personnelle. Ventre signale que si, à l'origine, un nombre de sessions pré-défini était préconisé, cette pratique est beaucoup moins utilisée aujourd'hui, les thérapeutes optant plutôt pour une réévaluation fréquente de l'évolution du client et du besoin de poursuivre, sans déterminer un nombre exact de séances dès le départ.

Les différentes phases d'une séance individuelle sont au nombre de quatre et se déroulent toujours dans le même ordre (Ventre, 2002), soit : le prélude, l'induction, l'imagerie et musique, et le postlude (cette terminologie sera d'ailleurs reprise tout au long de la présente recherche). Le prélude est une phase importante servant à prendre connaissance du vécu du client depuis la dernière séance, de son état émotionnel actuel, ainsi qu'à déterminer les sujets les plus prenants pour le client à cette période (Ventre, 2002). À la lumière de ces informations, on peut alors établir les buts généraux de la

séance, ainsi que décrire au client la marche à suivre et l'amener à porter un regard un peu plus introspectif sur lui-même (Wigram, Pedersen, & Bonde, 2002). Cette phase peut durer à peu près 30 minutes (Ventre, 2002).

L'induction vise trois objectifs, notamment la relaxation corporelle, la concentration sur son monde intérieur plutôt que sur des événements externes, ainsi que la facilitation de la transition vers l'état de conscience altérée (Jarvis, 1988). Cet état de relaxation et de grande concentration sur soi peut amener des changements qualitatifs et quantitatifs sur la perception du temps, de l'espace et de l'énergie (Ventre, 2002). C'est ce phénomène que les auteurs nomment *état de conscience altérée*[10] (Bonny, 1978a, 1978b; Bonny, & Savary, 1973; Ventre, 2002; Wigram, Pedersen, & Bonde, 2002). La phase d'induction se termine par la proposition d'une scène que le client peut s'imaginer, un simple point de départ pour l'imagerie qu'il pourra développer ensuite à sa guise, selon ce que lui suggère la musique (Jarvis, 1988). Cette scène peut demeurer factuelle, s'inspirer de situations vécues par le client ou encore être une grande métaphore à laquelle le client peut s'identifier, et son but principal est de dissiper la confusion ou l'insécurité que le client pourrait vivre face à l'imagerie (Wigram, Pedersen, & Bonde, 2002). L'induction est de durée variable, en étroite relation avec les besoins du client quant à la relaxation et au cadre sécurisant. En moyenne, elle peut durer de deux à sept minutes (Wigram, Pedersen, & Bonde, 2002).

---

[10] traduction libre de : "*altered state of consciousness*"

Une fois ces deux étapes terminées, l'écoute musicale et l'imagerie peuvent commencer. La musique est jouée au client, qui se laisse diriger dans son imagerie par elle. Le thérapeute entretient un dialogue avec le client tout au long de l'imagerie, l'aidant à préciser son exploration et le supportant à travers elle, évitant toutefois d'être directif. Cette phase peut habituellement durer de 30 à 50 minutes, dépendamment de la longueur des séquences musicales utilisées (Ventre, 2002). L'expérience vécue alors peut se présenter de différentes façons, bien que l'imagerie demeure le mode prédominant de réponse à l'écoute de musique (Osbourne, 1981). Ce mode de réponse à l'écoute de musique semble même prédominant que l'on ait bénéficié d'une formation musicale ou pas (Madsen, Byrnes, Capparella-Sheldon, & Brittin, 1993; Osbourne, 1981).

Le postlude est une phase de retour à un état de conscience normal. La musique est terminée et un deuxième compte à rebours est effectué, invitant progressivement le client à redevenir plus présent à son environnement (Wigram, Pedersen, & Bonde, 2002). Le thérapeute continue d'assister le client dans son état d'éveil et un travail verbal ou créatif (dessin, sculpture, texte, etc.) peut être fait sur l'imagerie (Ventre, 2002). Il est aussi possible lors de ce travail de tenter de connecter l'expérience d'imagerie avec le vécu du client (Wigram, Pedersen, & Bonde, 2002). Cependant, si une telle démarche est effectuée, l'interprétation que fait le client de son expérience doit primer sur celle du thérapeute (Jarvis, 1988). La durée de cette période peut varier selon

les auteurs consultés, allant d'aussi peu que 15 minutes (Wigram, Pedersen, & Bonde, 2002) à 30 minutes (Ventre, 2002).

Effets de l'approche d'imagerie guidée induite par la musique

L'approche GIM devient de plus en plus documentée. L'état actuel de la recherche en GIM suggère que dans sa forme classique comme dans ses nombreuses adaptations, elle se montre efficace dans plusieurs contextes, auprès de diverses populations et sur diverses variables (Jarvis, 1988). D'une situation à l'autre, il semble que l'approche GIM est à même d'avoir un effet bénéfique au niveau physiologique en plus de permettre un accès aux émotions plus profondes et aux souvenirs enfouis (Vaux, 1993). Les travaux de Hammer (1996) ont permis l'observation de son efficacité sur le niveau d'anxiété d'individus vivant un stress chronique ou aigu. Cet auteur suggère même que le programme peut améliorer l'habileté à gérer le stress, développer la concentration, ainsi qu'améliorer la capacité de relaxation des individus.

Dans leur étude sur les effets du programme GIM sur les changements rapportés par un échantillon d'adultes normaux, Maack et Nolan (1999) relèvent une série de travaux faisant état de changements dans plusieurs domaines (cognitif, humeur, relationnel, perception et résolution des problèmes) suite au traitement. Leurs propres résultats suggèrent des changements significatifs au niveau du contact avec les émotions, de l'acquisition de nouvelles perspectives sur des problèmes personnels, de la croissance

personnelle, de la découverte de soi, ainsi que de la relaxation. Ils ont de plus pu observer une diminution des manifestations anxieuses à la fin du traitement.

Selon Bonny (1989), l'approche GIM pourrait favoriser une certaine catharsis, « *l'insight* » et la résolution de problèmes. L'immersion du client dans son monde intérieur lors d'une session permettrait, selon elle, le retour à la conscience d'expériences de vie avec le contenu émotif refoulé associé. Bonny avance aussi que la survenue simultanée d'images contradictoires pourrait favoriser les prises de conscience et la découverte de solutions créatives à des problèmes. Elle rapporte aussi qu'une série de 18 séances individuelles s'est avérée efficace dans la réduction de symptômes anxieux, de certains symptômes phobiques ainsi que d'un sentiment de culpabilité.

Dans une des rares études quantitatives sur la GIM, McKinney et al. (1997) ont évalué les effets du traitement sur l'humeur et sur le taux de cortisol sanguin chez des adultes en bonne santé. Ils citent d'ailleurs plusieurs recherches faisant état d'effets bénéfiques du traitement, notamment : la reconnaissance et l'intégration d'aspects du soi autrefois rejetés (Clark, 1996; Weiss, 1994), la favorisation de prises de conscience et de la restructuration cognitive (Blake, 1994), ainsi que l'augmentation du sens à la vie (Wrangsjö, & Körlin, 1995). McKinney et al. (1997) affirment quant à eux qu'à la suite de la série de séances, les participants ont affiché une diminution des manifestations d'humeur dépressive, des manifestations de fatigue, ainsi que du taux de cortisol sanguin. Ces améliorations seraient même maintenues sept semaines après la fin du

traitement. Ils ont aussi pu observer une diminution des manifestations dépressives entre le début et la fin d'une séance.

Cette dernière observation concorde avec celle de Wrangsjö et Körlin (1995) qui rapportent aussi une baisse significative, entre le début et la fin d'une séance, des manifestations dépressives et du niveau de détresse chez une clientèle affichant des symptômes psychiatriques. Wrangsjö et Körlin ont aussi pu rendre compte d'une diminution dans les manifestations obsessives, anxieuses et hostiles chez leurs participants. Nolan (1983) signe d'ailleurs une étude de cas intéressante où il a appliqué l'approche GIM auprès d'un client provenant d'un milieu psychiatrique carcéral. Il y expose comment l'utilisation de l'approche GIM couplée à une intervention de musicothérapie supportive de groupe a pu aider à relever puis contourner les mécanismes de défense du client pour atteindre, comprendre et accepter les sentiments refusés intellectualisés l'ayant mené à l'adoption de comportements auto-destructifs.

Burns (2001) a pu observer une amélioration de l'humeur en plus d'une amélioration de la qualité de vie chez des patients atteints du cancer. Blake et Bishop (1994) signent quant à eux une étude intéressante sur l'application d'une adaptation de la GIM auprès d'une clientèle vivant un trouble de stress post-traumatique. Il semble que les participants ont été soulagés de l'hypersensibilité pendant les séances. Blake et Bishop ont aussi pu observer chez leurs participants un état de concentration leur ayant permis de se libérer de leurs pensées intrusives et de l'hypervigilance, ce qui a pu leur

permettre ensuite d'éprouver de la relaxation physique et psychologique, ainsi que du confort. Leurs résultats affichent que l'expérience a pu aider les participants à vivre un sentiment de pouvoir sur leur vie, d'espoir, ainsi que leur fournir un cadre sécurisant où ils pouvaient se permettre la spontanéité et reprendre confiance en leurs forces.

Enfin, Körlin et Wrangsjö (2002) ont réalisé une étude portant spécifiquement sur les effets de l'approche GIM. Une des particularités de cette recherche est qu'elle regroupe à la fois des personnes souhaitant de l'aide pour l'actualisation de soi et des problèmes interpersonnels (groupe fonctionnel selon l'évaluation au SCL-90) et d'autres aux prises avec une symptomatologie psychiatrique majeure (groupe dysfonctionnel selon l'évaluation au SCL-90). Auprès du groupe fonctionnel, les résultats sont positifs quant au motif de consultation. Les autres effets rapportés seraient de l'ordre d'un meilleur contact avec les émotions, de prises de conscience, de la découverte de nouvelles parties de soi, ainsi que de la croissance spirituelle. Le résultat majeur auprès du groupe dysfonctionnel est d'avoir permis à près de 60 % des participants de ce groupe de passer au niveau fonctionnel (selon le post-test du SCL-90). Cependant, cette étude ne contrôlait pas le nombre de séances auxquelles prenaient part les participants. Certains d'entre eux ont donc bénéficié de plus d'exposition que les autres.

À la lumière de ces travaux, on peut avancer que l'approche GIM peut entraîner des effets bénéfiques aux niveaux physiologique, psychologique, émotionnel, adaptatif et cognitif.

GIM en groupe

Les approches de groupe ont pu depuis un bon moment prouver leur efficacité dans plusieurs contextes. Comme le précise Yalom (1995), l'utilité du travail de groupe est qu'il donne une autre possibilité aux membres de prendre contact avec leurs forces, leurs faiblesses, ainsi qu'avec des aspects significatifs de leur comportement interpersonnel à travers l'auto-observation et le « *feedback* » des autres membres. Un travail de groupe peut aussi être effectué en GIM. Les premières expérimentations de Bonny furent d'ailleurs auprès de groupes (Bonny, & Savary, 1973). Cependant, Summer (2002) rapporte que l'approche de groupe fut surtout utilisée par la suite comme outil pédagogique, dans le but de faire connaître la technique à d'éventuels clients ou thérapeutes et les intéresser à l'approche individuelle (qui permettrait un travail plus en profondeur).

S'il conçoit la forme individuelle comme une approche thérapeutique à part entière, Bruscia (2002) émet aussi une certaine réserve quant à l'approche de groupe, la considérant comme une *modalité de développement personnel.* Un point de vue avec lequel Short (2002) est plus ou moins d'accord. Elle relève que le travail de groupe s'est avéré efficace dans certains contextes médicaux, où l'approche individuelle a été rejetée par les patients. Short avance que l'approche de groupe serait moins anxiogène pour des personnes n'ayant jamais été en contact avec la psychothérapie, la rendant ainsi plus appropriée pour certaines clientèles provenant du milieu médical.

Le travail de groupe en imagerie et musique est donc possible (même si plusieurs thérapeutes privilégient l'approche individuelle), mais nécessite quelques modifications par rapport à la forme individuelle, tant dans les buts de l'intervention que dans la marche à suivre ou le contenu de l'imagerie (Bonny, 1989). Les écrits de Summer (1990, 2002), entre autres, rendent compte de certaines modifications au cadre individuel permettant le travail de groupe, en proposant une adaptation plus « légère » de la version individuelle, tout en demeurant un outil thérapeutique efficace. Le travail de groupe s'adresserait alors à des sujets personnels et interpersonnels immédiats, basés sur l'ici-maintenant et où l'interaction entre les membres est encouragée. Il arrive aussi que l'imagerie lors de séances individuelles soit imprévisible, difficile à verbaliser. Cela serait probablement relié au choix musical plus évocatif. En groupe, une imagerie plus simple et plus facilement verbalisée est recherchée, afin de faciliter les interactions. Les choix musicaux sont donc faits en suivant cet objectif.

Certains changements dans la méthodologie doivent donc être opérés lorsque l'on passe d'une séance individuelle à une séance de groupe. Summer (1990) avance qu'il est préférable, lors du prélude, de limiter l'exploration à une simple précision de l'état actuel des participants et de leurs préoccupations, ainsi que de limiter les interactions entre les membres du groupe.

Lors de l'induction, Bonny et Savary (1973) suggèrent que le thérapeute soit plus explicite sur la possibilité des participants de bouger s'ils ressentent un inconfort.

Summer (2002) propose quant à elle une relaxation évoluant de courte à plus longue, à mesure que le processus avance, ainsi qu'une scène d'imagerie simple, que tous peuvent imaginer de façon similaire puis développer à leur guise.

Lors de la phase d'écoute musicale, la différence majeure est qu'il est impossible pour le thérapeute d'entretenir un dialogue avec chaque membre du groupe au cours de l'imagerie (Bruscia, 2002). Les participants sont donc, lors de la phase d'imagerie et musique du moins, un peu plus laissés à eux-mêmes. Blake et Bishop (1994) insistent alors sur la nécessité de procurer un cadre sécurisant aux participants, puisque l'absence de dialogue pendant l'imagerie prive le thérapeute d'une série d'indices sur l'état physique et émotionnel des participants, ce qui l'empêche de réagir très rapidement aux besoins des participants.

Il importe aussi que le thérapeute s'assure lors du postlude du retour de tous les participants à un état de conscience normal. Il pourrait de plus être bénéfique d'encourager, lors de l'échange de groupe, le partage de prises de conscience émotionnelles, mais de limiter la profondeur du dévoilement de celles-ci, au profit d'une séance individuelle (Bonny, & Savary, 1973).

Summer (2002) identifie trois niveaux dans le travail avec le groupe en imagerie et musique : le niveau de support, le niveau rééducatif, ainsi que le niveau reconstructif. Ces niveaux représentent toujours l'intention du thérapeute et non l'effet réel du

traitement. Chaque groupe évoluerait différemment à travers ces trois niveaux, certains ne se rendant jamais au niveau reconstructif.

Lors du travail au niveau supportif, Summer (2002) suggère fortement l'installation d'une bonne cohésion de groupe et d'un climat de confiance entre les participants. Ces composantes seraient nécessaires aux interactions saines souhaitées aux niveaux suivants. À cet effet, une induction plus simple et encadrante, où les conflits et différences des membres sont tenus à l'écart de l'exploration, serait plus indiquée. Une fois le climat de confiance et la cohésion de groupe installés, les objectifs de travail peuvent passer au niveau rééducatif. L'expérience d'imagerie viserait alors à aider les membres à mieux se connaître et à mieux se comprendre à travers leurs rapports et leurs réactions aux autres membres du groupe lors du travail de l'imagerie. Le niveau reconstructif ne serait possible, selon Summer (2002), qu'auprès de groupes à long terme, où la motivation, la force et l'implication des membres permettrait de grands changements dans la façon d'être des participants.

Alors qu'il existe de nombreux travaux étudiant l'impact de l'approche individuelle en imagerie guidée induite par la musique sur une variété de facteurs et dans plusieurs contextes d'intervention, il semble y avoir une rareté relative de telles études au niveau du groupe. La plupart des travaux consultés lors de la recension des écrits portent plus sur la façon d'intervenir de l'auteur, en abordant peu l'impact de cette façon d'intervenir sur les participants à court, moyen ou long terme.

Modifications au cadre original en GIM

L'imagerie guidée induite par la musique est, comme le font remarquer Wigram, Pedersen et Bonde (2002), assez lourde et demande au participant une grande implication pendant de longues séances pouvant aller de 1h30 (Jarvis, 1988) jusqu'à parfois 3h (Vaux, 1993). Ce format temporel s'applique, que l'on choisisse l'approche individuelle ou de groupe. Aussi, ne peut-elle s'appliquer dans sa forme traditionnelle à toutes les clientèles ou à tous les contextes thérapeutiques.

Plusieurs chercheurs ont donc modifié le cadre dans le but d'appliquer efficacement ces techniques à d'autres clientèles et à d'autres contextes. Ainsi, si la version classique de l'imagerie guidée et musique est contre-indiquée pour des personnes ayant un problème à l'épreuve de réalité, une grande instabilité émotionnelle ou un déficit intellectuel (Wigram, Pedersen, & Bonde, 2002), certaines adaptations permettent son utilisation auprès de populations aux prises avec des problèmes psychiatriques plus graves (Moe, cité dans Wigram, Pedersen, & Bonde, 2002), allant même jusqu'à l'autisme (Clarkson, 1998).

Une des innovations intéressantes réside dans les travaux de Vaux (1993), qui a modifié les séquences musicales et le déroulement des séances pour arriver à rendre possible la tenue d'une séance dans un cadre de 50 minutes, souvent utilisé en psychothérapie. La méthode comporte alors les mêmes phases, soit prélude, induction,

imagerie et postlude, mais en accordant moins de temps à chacune de ces phases. Les séquences musicales sont aussi réduites et choisies de façon à ce qu'elles présentent en elles-mêmes une « mise en place », une section de travail et une section de retour. Une partie de l'intégration se fait lors du postlude, mais le participant est invité à le poursuivre de son côté, en dehors de la thérapie. L'auteur suggère aussi d'alterner parfois les séances d'imagerie et musique avec des séances de psychothérapie verbale.

Selon Vaux (1993), l'approche, bien que d'un format compressé, demeurerait efficace sur les mêmes variables que l'approche traditionnelle. Cependant, la recension des écrits ne permet pas de relever une étude quantitative de l'impact de cette approche. Aussi, en dehors du travail de certains auteurs auprès de groupes provenant d'une clientèle adolescente (Skaggs, 1997), il n'y aurait pas à l'heure actuelle d'étude sur l'impact d'un tel format de l'approche GIM sur la santé mentale d'un groupe d'adultes, aux prises ou non avec un problème à cet égard. Il serait alors intéressant de vérifier si une adaptation des travaux de Vaux (1993) à un format de groupe permettrait, en conservant les effets bénéfiques de la version traditionnelle sur la santé mentale, la création d'une modalité thérapeutique et de développement personnel temporellement économique, moins exigeante pour les participants et facilement réalisable dans plusieurs milieux. De plus, malgré le support de recherches croissant sur l'imagerie guidée induite par la musique, la recension des écrits n'a pas permis de relever un protocole expérimental portant sur une population francophone ou québécoise. Il serait donc intéressant de vérifier si un atelier d'imagerie induite par la musique s'avère

approprié comme outil d'intervention auprès de cette population. Il est important de noter que certains écrits scientifiques sur cette technique demeurent difficilement accessibles, puisque publiés dans un journal seulement distribué aux membres de l'*Association for Music and Imagery*. Outre ce détail, la recension des écrits sur cette technique est assez complète.

En bref, la musicothérapie peut être considérée comme un procédé systématique d'intervention visant la promotion de la santé mentale et le meilleur développement du potentiel de l'individu, en utilisant des expériences musicales diverses et les relations s'y développant comme des forces dynamiques de changement. Une approche répondant bien à ces objectifs est la méthode d'imagerie guidée induite par la musique (Bonny, & Savary, 1973; Bonny, 1978a, 1978b, 1980, 1989). Cette technique propose une expérience d'imagerie, dans un état de relaxation, sur des musiques choisies et soigneusement séquencées. Cette imagerie est communiquée en temps réel à un thérapeute, qui encourage et guide l'exploration de l'imagerie. Alors que la version individuelle de la technique se voit attribuer plusieurs effets bénéfiques, l'approche de groupe est beaucoup moins documentée. De plus, dans sa forme traditionnelle, l'imagerie guidée induite par la musique propose des séances relativement longues. Bien qu'il existe des adaptations réduisant la longueur des séances et que ces adaptations sont rapportées efficaces, la recension des écrits n'a pas permis de trouver une étude empirique sur les effets de séances plus courtes. Deux aspects pourraient donc être vérifiés : le travail de groupe combiné à un format plus court pour les séances. Un

atelier alliant ces deux caractéristiques pourrait être conçu et son impact sur la santé mentale mesuré. La santé mentale pouvant être un concept large, il importe de le définir assez précisément, de façon à pouvoir mesurer l'impact de l'atelier sur celui-ci. La seconde partie de ce chapitre s'emploiera donc à définir la santé mentale.

Santé mentale

Pour arriver à faire face à un contexte de vie aussi exigeant que le contexte actuel, une bonne santé est nécessaire, tant physique que psychologique, puisque les ressources de l'individu sont mises à forte contribution. La santé est donc une grande priorité aujourd'hui dans la société nord-américaine. En effet, plusieurs débats politiques, économiques et sociaux ont cours présentement à ce sujet. Aussi, s'il règne actuellement un certain désaccord sur la façon de s'en occuper et sur l'instance à qui devrait échoir ce rôle, il semble y avoir consensus sur la nécessité de s'en occuper. On doit noter que si la santé physique dispose d'une bonne tribune, les enjeux de la santé mentale se font plus discrets dans ces débats. Il convient alors de s'interroger sur l'opérationalisation du concept de santé mentale.

Lamy, Dubé, Lapierre, Alain et Lalande (1994) relèvent la complexité d'établir une définition précise du concept de santé mentale. Traditionnellement, deux conceptions s'affrontent lorsqu'il s'agit de définir et d'opérationaliser le concept de santé mentale : celle de la psychopathologie, portant sur les indices affectifs négatifs, et

celle de la qualité de vie, englobant les dimensions cognitives positives (Labelle, Alain, Bastin, Bouffard, Dubé, & Lapierre, 2001). Le Petit Robert (1993) la définit ainsi :

> Bon état physiologique d'un être vivant, fonctionnement régulier et harmonieux de l'organisme pendant une période appréciable (indépendamment des anomalies et traumatismes qui n'affectent pas les fonctions vitales). (p. 2278)

La même source précise ensuite sa définition en mentionnant que la santé peut aussi être envisagée comme : « équilibre et harmonie (de la vie psychique) » (p. 2278). Cette définition laisse transparaître une réalité multifactorielle. Labelle et al. (2001) rapportent d'ailleurs que divers indicateurs peuvent se répartir en deux catégories, soit celle des facteurs cognitifs relativement stables et celle des affects, plus variables même s'il peuvent être présents sur de plus longues périodes. Le dictionnaire Larousse de la psychiatrie et de la psychopathologie clinique (1993) s'attarde quant à lui au concept même de santé mentale, qu'il définit comme suit :

> Aptitude du psychisme à fonctionner de façon harmonieuse, agréable, efficace et à faire face avec souplesse aux situations difficiles en étant capable de retrouver son équilibre. (p. 484)

Lamy et al. (1994) citent aussi l'Organisation mondiale de la santé, pour qui la bonne santé mentale est un état dépassant le simple fait de ne pas être affligé de maladies ou de déficiences. Labelle et al. (2001) citent aussi les propos de Shmotkin (1998) qui abondent dans le même sens, en précisant que la présence d'un bien-être psychologique est nécessaire à un bon fonctionnement psychologique. L'Organisation mondiale de la

santé est aussi citée dans le dictionnaire Larousse de la psychiatrie et de la psychopathologie clinique, celle-ci considérant la nécessité de vivre un certain niveau d'harmonie avec son entourage, ainsi que la nécessité de bénéficier d'un équilibre mental satisfaisant pour être considéré en santé. Des déficits importants dans ces deux domaines pourraient mener à une grande difficulté à gérer les conflits et frustrations adéquatement, ce qui peut grandement favoriser l'apparition de psychopathologie.

Selon Lalonde, Aubut et Grunberg (1999), l'actuelle promotion de la santé mentale met l'emphase, au Québec, sur :

> [...] l'acquisition et le maintien de saines habitudes de vie et la création d'un environnement favorisant l'épanouissement de la personne. Tandis que la prévention vise à réduire l'incidence des troubles mentaux en s'attachant aux facteurs de risque et aux situations pathogènes, la promotion vise l'accroissement du bien-être personnel en s'attachant aux conditions favorables à la santé mentale plutôt qu'aux facteurs de risque. (p. 13)

Une telle démarche se doit, pour être efficace, de connaître de façon claire les besoins en santé mentale. Il est aussi nécessaire, de définir cette dernière de façon précise, notamment en s'entendant sur les éléments qui la composent et sur la manière selon laquelle ces éléments la favorisent ou lui nuisent. C'est dans ce but qu'un modèle multifactoriel de la santé mentale (Labelle et al., 2001) a été retenu.

Modèle multifactoriel de Labelle et al. (2001)

Un modèle explicatif en terme de santé mentale a été créé au Québec par Labelle et al. (2001). En plus d'être récent, ce modèle a été conçu et validé auprès d'une population québécoise. Ce modèle intègre à la fois des aspects négatifs du fonctionnement psychologique ainsi que des indices de bien-être psychologique. Les composantes retenues par les auteurs offrant une très bonne stabilité, les auteurs se sont assurés d'un modèle lui-même stable pour expliquer la santé mentale. Le modèle hiérarchique cognitivo-affectif en santé mentale, comme les auteurs le nomment, a certes été validé auprès d'une population de retraités, mais ses composantes ne sont pas l'apanage spécifique de cette période de la vie de l'adulte. Il est donc possible d'utiliser le modèle lors d'une intervention psychologique visant l'amélioration de la santé mentale d'adultes non retraités (Labelle et al., 2001). En effet, l'anxiété par exemple ne survient pas qu'à la retraite. Les composantes retenues s'organisent en deux sous-groupes correspondant à la double structure telle qu'envisagée par les auteurs pour expliquer la santé mentale.

Le premier ensemble est à teneur affective et ses composantes sont considérées comme ayant un impact négatif sur la santé mentale. Ce sous-groupe est nommé « détresse psychologique » et comprend l'anxiété situationnelle, l'anxiété de trait et la dépression. Le second ensemble est, sans être toutefois exempt de toute affectivité, à connotation cognitive. Il comprend l'estime de soi, l'actualisation du potentiel, la

satisfaction de vivre et le sens à la vie. Les deux derniers facteurs correspondent probablement mieux à la réalité de la clientèle de retraités ayant permis la conception du modèle qu'à celle de la population adulte plus jeune, étant donné leur caractère de bilan. Il serait cependant possible d'utiliser les autres indicateurs de santé mentale du modèle auprès d'individus adultes plus jeunes, en laissant de côté la satisfaction de vivre et le sens à la vie, et d'obtenir malgré tout une évaluation assez fidèle de la santé mentale. L'évaluation rendra alors compte de l'état de la personne, sur les plans de l'anxiété situationnelle, de l'anxiété de trait, de la dépression, de l'estime de soi et de l'actualisation du potentiel.

Indicateurs du modèle

Anxiété. L'anxiété est un état assez répandu, ses complications touchant jusqu'à 25% de l'ensemble de la population à un moment où l'autre de leur vie (Ladouceur, Marchand, & Boisvert, 1999). Elle consiste en une réalité multifactorielle dont la définition diffère quelque peu selon les auteurs consultés. Davis et Thaut (1989) soulignent qu'une certaine confusion est présente dans les écrits lorsque l'on aborde l'anxiété, puisqu'il est difficile de la distinguer clairement des notions de stress et de tension. Dans certains écrits cependant, le terme anxiété est utilisé de façon fonctionnelle afin de rendre compte d'un état émotionnel désagréable (Spielberger, 1983), chez quelqu'un appréhendant un événement défavorable (Zaleski, 1993). Le dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique (1993) parle de l'anxiété sous deux aspects : comme étant

d'abord un « état émotionnel de tension nerveuse, de peur, fort mal différencié et souvent chronique. [...] prédisposition d'une personne aux états anxieux » (p.52). Plus loin, la même source précise le concept d'anxiété en ajoutant que l'anxiété consiste en un « état de non-quiétude dans lequel prédomine l'appréhension d'une situation qui, bien que généralement indéterminée, pourrait s'avérer désagréable, voire dangereuse » (p.52).

Spielberger (1966) conçoit l'anxiété comme une anticipation subjective d'un danger dont l'origine demeure inconnue ou non reconnue par la personne qui la ressent. L'anxiété peut donc être envisagée comme étant un :

> [...] état de tension et d'appréhension perçu par l'individu dont la durée et l'intensité varient de pair avec l'intensité de la menace ainsi qu'avec la période pendant laquelle l'individu persiste à interpréter l'événement comme menaçant. (Chalifour, 1999, p.101)

Spielberger (1983) précise sa conception de l'anxiété en la divisant en deux facteurs cohabitant : l'anxiété d'état et l'anxiété de trait. L'anxiété d'état serait selon lui de nature plus fluctuante et transitoire, un genre de réponse à un stimulus ou une situation spécifique (Ben Amar, 2002, p.165; Chalifour, 1999; Davis, & Thaut, 1989; Gaudry, & Spielberger, 1971). Malgré sa nature transitoire, l'anxiété d'état peut perdurer si le stimulus anxiogène perdure lui aussi (Spielberger, 1983). Russell (1992) précise la notion d'anxiété d'état en la voyant comme un état émotionnel transitoire se distinguant par un sentiment de tension ainsi que par une augmentation de l'activité du système nerveux autonome. D'autres travaux cités par Zaleski (1993) complètent cette

conception en abordant l'anxiété comme se structurant autour de composantes comprenant des états et des processus cognitifs et émotionnels. L'anxiété de trait correspond alors, selon Spielberger (1983), au niveau général d'anxiété de l'individu, à la différence entre chaque individu dans la prédisposition à vivre de l'anxiété.

Davis et Thaut (1989) citent aussi plusieurs travaux adoptant une vision plus physiologique de l'anxiété, en l'évaluant par l'observation de changements au niveau du système nerveux sympathique, tels l'augmentation du rythme cardiaque, de la pression sanguine, du rythme respiratoire et de la tension musculaire entre autres indicateurs. L'anxiété peut donc être responsable d'un certain éveil du système psychophysiologique (Russell, 1992).

L'anxiété n'a pas que des conséquences négatives. Certains auteurs lui attribuent même une part de responsabilité dans la survie de l'être humain (Thaut, & Davis, 1993; Hammer, 1996). Pour Ladouceur, Marchand et Boisvert (1999), l'anxiété est naturelle et présente en chaque être humain, sa variabilité résidant en son degré de sévérité ainsi qu'en la fréquence de survenue de symptômes plus intenses. Elle résulterait selon ces auteurs de l'appréhension d'événements pénibles, mais la nature exacte des événements redoutés demeure floue. Il importe alors de distinguer l'anxiété de la peur. Bien que les réactions physiologiques et psychologiques de l'anxiété et de la peur soient assez similaires, une différence réside dans la menace perçue. Alors qu'elle est diffuse et imprécise dans l'anxiété, elle est facilement représentable dans la peur (Chalifour,

1999). L'individu a peur de quelque chose qu'il peut identifier, ce qui n'est pas le cas dans l'anxiété. L'anxiété, lorsque présente à un degré modéré, est en certaines circonstances des plus utiles, permettant entre autres parfois d'améliorer la performance à une tâche, ou de préparer l'organisme à réagir rapidement. Selon Zaleski (1993), un tel niveau d'anxiété peut favoriser la mise en place et l'exécution d'actions pouvant améliorer l'avenir de l'individu.

L'anxiété devient nuisible lorsqu'elle se prolonge indéfiniment sans raison apparente, lorsqu'elle devient chronique ou lorsqu'elle atteint une intensité qui vient entraver le fonctionnement au lieu de l'aider. L'anxiété prolongée peut être à la source de conséquences négatives sur la santé physique et psychologique (Girdano, & Everley, cités dans Russell, 1992). L'être humain dispose d'outils utiles pour faire face à un stress pouvant être intense, mais de courte durée. Or, les stresseurs que l'adulte confronte aujourd'hui sont plutôt de nature chronique, si bien que les mécanismes humains de gestion de l'anxiété sont vite dépassés, ce qui peut résulter en divers problèmes physiologiques et psychologiques (Thaut, & Davis, 1993). L'anxiété, lorsqu'elle finit par nuire aux activités quotidiennes, peut alors avoir de graves répercussions sur plusieurs aspects de la vie de l'individu, notamment aux aspects conjugal, familial, professionnel et financier (Ladouceur, Marchand, & Boisvert, 1999). Elle peut amener l'individu à abandonner les activités plus risquées ou créatives, à adopter un comportement passif ou l'utilisation de mécanismes de défense plus immatures, moins adaptés à ce que la situation demande réellement (Zaleski, 1993).

La comorbidité de l'anxiété et de la dépression est assez élevée (Axelson, & Birmaher, 2001; Grinker, cité dans Forrest, 1983; Mihaescu, Séchaud, & Delsignore, 1998). Selon Alloy, Kelly, Mineka et Clements (cités dans Mihaescu, Séchaud, & Delsignore, 1998), l'anxiété pathologique précède dans la plupart des cas l'apparition de la dépression. L'A.P.A. précise que « les symptômes anxieux et dépressifs légers peuvent être présents depuis plusieurs semaines ou plusieurs mois lorsque l'épisode dépressif majeur complet se déclare » (DSM-IV, 1994, p. 382). Les données récentes amassées pointent malgré tout vers la conception de l'anxiété et de la dépression comme étant deux construits différents malgré leurs liens (Axelson, & Birmaher, 2001).

Dépression. Selon Ouellet et Joshi (1987), l'incidence de troubles dépressifs augmente de plus en plus. Ils citent d'ailleurs les propos de Beck (1973), qui avance que la dépression serait le trouble psychiatrique le plus fréquemment rencontré par les intervenants. Un grand nombre de recherches y a d'ailleurs été consacré dans plusieurs disciplines et sous plusieurs aspects (Ouellet, & Joshi, 1987).

Plusieurs conceptions de la dépression sont présentes dans les écrits. Le dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique la conçoit comme :

> Maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur. [...] La dépression entretient chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale, de fatalité désespérante. (p.164)

La plupart des chercheurs et des auteurs s'appuient grandement sur les critères diagnostiques décrits dans le DSM-IV (A.P.A., 1994) et rapportés dans l'appendice A. Selon Leblanc (1996), la dépression consiste en un trouble de l'affect induisant des troubles cognitifs, ainsi que des symptômes neurovégétatifs. Du point de vue cognitif, la pensée et le jugement sont touchés, amenant la personne à entretenir entre autres une opinion dépréciative d'elle-même, au point souvent de voir apparaître des idées suicidaires (Leblanc, 1996). Kaplan et Sadock (cités dans Ben Amar, 2002) abondent en ce sens, tout en ajoutant aux symptômes cognitifs : « de longues périodes de faible estime de soi, d'autocritique exagérée, de tristesse profonde, de solitude et de désespoir » (p. 753). Les symptômes neurovégétatifs vont dans le sens de changements significatifs au niveau du poids, des habitudes de sommeil, du comportement psychomoteur et d'une baisse de l'énergie (Leblanc, 1996).

Ouellet et Joshi (1987) considèrent la dépression comme une grande entité qui comprendrait entre autres un sentiment de solitude. La dépression peut aussi inclure une baisse marquée de l'activité accompagnée de mélancolie et de tristesse intenses. L'individu dépressif se retire habituellement des contacts sociaux, peut présenter une grande difficulté de concentration et aussi se plaindre de diverses douleurs physiques (Forrest,1983).

Forrest (1983) suggère quelques moyens d'intervention face aux manifestations dépressives. Ceux-ci sont basés sur la croyance que certains facteurs comme des

conflits familiaux, la procrastination, les pensées intrusives négatives et la difficulté de s'exprimer jouent un rôle dans l'établissement et le maintien de la dépression, et qu'apporter une aide dans la gestion de ces situations serait bénéfique aux individus atteints. Fortement inspirées des théories cognitivo-comportementales, de telles interventions se sont montrées efficaces dans plusieurs contextes (Axelson, & Birmaher, 2001; Forrest, 1983). Entre autres, Forrest (1983) suggère de tenir des activités qui visent à rétablir (ou carrément construire) l'estime de soi. Il considère aussi qu'un manque au niveau des habiletés de communication ainsi qu'un pauvre accès à des rétroactions positives de l'entourage peuvent accélérer l'apparition et l'installation de la dépression. Il suggère enfin l'enseignement de techniques de relaxation, afin d'aider à gérer le stress qui peut être un facteur prédisposant à la dépression, lorsqu'il est mal géré.

Estime de soi. L'estime de soi est une variable très étudiée en psychologie (Ouellet, & Joshi, 1987). Selon Vallières et Vallerand (1990), cette popularité tient plus de son association à des facteurs reconnus de santé mentale qu'à un éventuel pouvoir prédictif du comportement.

Il importe de différencier d'abord l'estime de soi d'un autre concept : la confiance en soi. Alors que cette dernière correspond plus à l'anticipation par l'individu qu'il arrivera à maîtriser les défis et obstacles se présentant à lui, l'estime de soi implique plutôt l'acceptation de soi, le respect de soi et un sentiment de valeur

personnelle. Ainsi, même si la confiance en soi peut jouer un rôle dans l'estime de soi, il est de mise de les considérer comme deux entités distinctes (Rosenberg, 1979).

Rosenberg (1965) conçoit donc l'estime de soi comme une auto-évaluation globale par la personne de sa propre valeur. Bachman (1982) cite Coopersmith, qui abonde dans le même sens, en concevant l'estime de soi comme un jugement personnel de sa propre valeur qui s'exprime à travers les attitudes qu'adopte un individu face à lui-même. Ainsi, une haute estime de soi peut signifier chez l'individu une attitude d'acceptation, de tolérance, de respect inconditionnel face à soi-même et d'une satisfaction de soi excluant les sentiments de supériorité et de perfection (Munger, Leroux, & Habimana, 2001; Rosenberg, 1979). L'individu présentant une haute estime de soi fait une évaluation juste de ses mérites, en reconnaissant ses lacunes dans un esprit d'acceptation, avec l'espoir et l'attente de les surmonter (Rosenberg, 1979). Le respect inconditionnel selon Rosenberg se différencie du respect conditionnel dans son indépendance vis-à-vis la perception de l'individu de ses qualités et accomplissements (Vallières, & Vallerand, 1990).

Bien que l'estime de soi puisse être relativement fixe et stable (Carmines, 1982), Rosenberg (1979) affirme qu'elle peut changer au cours du développement de la personne. En effet, à mesure que l'individu devient capable, par la communication, d'adopter un point de vue différent sur lui-même, l'importance qu'il accorde aux critères selon lesquels il s'évalue peut changer aussi. Ainsi, l'estime de soi ne reposerait pas

seulement sur l'évaluation par la personne de ses qualités, mais dépendrait aussi du degré d'importance que la personne accorde aux qualités qu'elle se reconnaît.

Actualisation de la personne. L'actualisation de soi est un concept issu des courants humanistes en psychologie et développé entre autres par les travaux de Maslow et ceux de Rogers (Leclerc, Lefrançois, Dubé, Hébert, & Gaulin, 1997). Selon DeCarvalho (2000), ces courants humanistes considèrent la personne humaine comme « un être en processus de devenir » (p.59)[11]. Ainsi, l'actualisation du potentiel pourrait être envisagé comme étant un processus dynamique relevant d'une part de la réalisation des potentialités intérieures de l'individu, ou d'autre part de la conscience de soi et de l'affirmation face à des facteurs comme l'anxiété et les événements de vie en général, ce qui implique la possibilité de choix de l'individu face à son devenir (DeCarvalho, 2000).

Leclerc, Lefrançois, Dubé, Hébert et Gaulin (1998) fournissent une définition récente et opérationnelle de l'actualisation du potentiel. L'actualisation signifie donc pour eux : « un processus de développement du potentiel de la personne en congruence avec son image de soi et avec son expérience d'elle-même et de son environnement » (Leclerc et al., 1998, p.7). Les précisions suivantes sont d'ailleurs tirées de leurs travaux.

---

[11] Traduction libre de « *[...] being-in-the-process-of-becoming.* »

L'actualisation du potentiel est premièrement séquentielle, organisée dans le temps. En effet, l'individu est toujours en cours d'actualisation et non totalement actualisé, puisqu'il ne s'agit pas d'un état mais bien d'un processus. Ce développement du potentiel doit ensuite s'inscrire en conformité avec l'image que la personne perçoit d'elle-même et de ses valeurs. Cet aspect assure que les décisions et les actions de l'individu, bien que pouvant naître de l'interaction avec l'environnement, soient toujours en accord avec ses besoins et ses aspirations personnelles. Une personne qui s'actualise ne demeure pas aveuglement sous l'influence de son environnement, mais interagit, symbolise correctement l'expérience de contact avec cet environnement et s'y adapte en conformité avec ses désirs, ses besoins, ses ressources et ses limites. L'actualisation, en définitive, est sensible aux changements (internes et externes) que vit l'individu, elle est hautement variable d'un individu à l'autre et « n'est pas synonyme de performance, mais de bon fonctionnement psychologique » (Leclerc et al., 1998, p.9).

Stress psychologique. Le stress psychologique ne figure pas au modèle de Labelle et al. (2001). Cependant, ce construit élaboré et validé d'abord au Québec par Lemyre, Tessier et Fillion (1990) peut partager avec l'anxiété certains points communs. C'est pourquoi cette variable est aussi évaluée à titre comparatif. Le stress est fréquemment relié dans les écrits scientifiques à l'état pathologique, soit comme en faisant partie, soit comme en étant un des précurseurs de cet état. La grande difficulté à établir la limite entre la pathologie et la santé force à considérer le stress comme un état continu dont l'amplitude peut varier (Lemyre, Tessier, & Fillion, 1990). Le travail de Lemyre,

Tessier et Fillion (1990) sur le sujet permet de dégager deux conceptions du stress. La première découle de l'approche biomédicale : il s'agit alors d'une réponse adaptative essentielle pouvant être évaluée à l'aide d'indicateurs physiologiques. L'autre conception s'inspire plus du domaine psychologique, considérant le stress comme un état de tension causé par des agents nommés stresseurs. Lemyre, Tessier et Fillion (1990) proposent ensuite une définition personnelle intéressante et fonctionnelle du concept de stress :

> Notre position est de considérer le stress comme une dimension de l'état de santé dont les fluctuations sont relativement fréquentes. Il s'agit d'une réponse idiosyncratique à l'environnement physique ou psychosocial, qui survient temporairement pour se résorber éventuellement (rémission) avec la résolution du problème, s'il y a lieu. Si la résolution est lente, soit à cause de la succession rapide de nouveaux problèmes, soit à cause de leur chronicité, l'état de stress devient lui-même chronique et entraîne un affaiblissement puis une détérioration de la santé. (p. 10)

Une telle conception du stress met en évidence son association avec la santé mentale et rend plus clairs les liens possibles avec le concept d'anxiété, notamment leur côté fluctuant, sensible aux événements de la vie ou aux préoccupations de l'individu. Les deux concepts peuvent se ressembler aussi par leur côté potentiellement nuisible pour l'individu, lorsque présent sur une période prolongée. Ces éléments justifient la prise en compte de cette variable malgré son absence au modèle de Labelle et al. (2001).

Objectifs

L'objectif principal de ce mémoire est de réaliser une étude portant sur la musicothérapie auprès d'une population québécoise francophone. L'objectif premier est de procéder à une recension des écrits sur la musicothérapie afin d'élaborer, dans un deuxième temps, un programme de musicothérapie réceptive adapté à une population normale. Il s'agit donc d'adapter la méthode d'imagerie guidée induite par la musique à un format plus intensif, plus court et appliqué en groupe. Une fois cet atelier conçu, le troisième objectif est de procéder à une première expérimentation empirique vérifiant ses effets sur des indicateurs positifs et négatifs de santé mentale. Cette expérimentation empirique utilise l'atelier comme variable indépendante à deux niveaux (participation et non-participation) et l'anxiété, l'estime de soi, l'actualisation du potentiel, les symptômes dépressifs et le stress psychologique comme variables dépendantes. Établir la validité de ce programme nécessitera vraisemblablement plusieurs études sur ses effets. Ce mémoire propose donc un premier volet à cette vérification.

Hypothèses

À la lumière de toutes ces informations, il est possible de se demander si une activité de groupe d'imagerie guidée induite par la musique entraînera des changements sur des indices de santé mentale. Les écrits laissant supposer l'affirmative, la présente recherche s'emploiera donc à vérifier les hypothèses suivantes :

H1. La participation à des séances de groupe d'imagerie mentale induite par la musique réduira le niveau d'anxiété des participants et cela de façon plus marquée que chez un groupe non-exposé à l'activité.

H2. La participation à des séances de groupe d'imagerie mentale induite par la musique réduira l'intensité des manifestations dépressives des participants et cela de façon plus marquée que chez un groupe non-exposé à l'activité.

H3. La participation à des séances de groupe d'imagerie mentale induite par la musique réduira le niveau de stress psychologique des participants et cela de façon plus marquée que chez un groupe non-exposé à l'activité.

H4. La participation à des séances de groupe d'imagerie mentale induite par la musique augmentera le niveau d'estime de soi des participants et cela de façon plus marquée que chez un groupe non-exposé à l'activité.

H5. La participation à des séances de groupe d'imagerie mentale induite par la musique augmentera le niveau d'actualisation du potentiel des participants et cela de façon plus marquée que chez un groupe non-exposé à l'activité.

Méthode

Ce chapitre aborde la méthodologie employée pour réaliser l'expérimentation, ainsi que certaines justifications sous-tendant les choix retenus. Il est divisé en plusieurs parties. La première porte sur la description des participants, allant de leur nombre et leur provenance jusqu'aux procédures de recrutement et aux mesures de contrôle mises en place. La seconde partie traite de la description des lieux de l'expérimentation et de l'équipement utilisé. La troisième partie présente les outils de mesure choisis et la dernière porte sur le déroulement de l'expérimentation, de la pré-expérimentation jusqu'à la mise à l'épreuve officielle de l'atelier de musicothérapie. Le chapitre se termine par des précisions quant au schème de recherche utilisé.

Participants

La conception de l'atelier impliquait une phase de pré-expérimentation avant de procéder à l'expérimentation « officielle ». Deux échantillons distincts ont donc été recrutés. Afin de protéger tous ces participants, des mesures déontologiques ont été mises en place : le projet a tout d'abord été soumis à l'approbation du Comité d'éthique dans la recherche de l'Université, qui a émis un certificat de déontologie (appendice B), après avoir vérifié divers aspects du projet, notamment les dispositions prises quant à la confidentialité des données recueillies, ainsi qu'au traitement et à la conservation de ces données, en plus de s'assurer que tout était mis en œuvre pour que les volontaires soient pleinement conscients de ce que demande leur participation et de ce qu'elle pourrait entraîner. Par la suite, lors de l'obtention du consentement libre et éclairé, chaque

participant a été informé de l'accessibilité d'un service d'aide psychologique s'il en manifestait le besoin.

L'échantillon pour la pré-expérimentation compte sept participants. Ces participants proviennent du programme de doctorat en psychologie dispensé à l'Université du Québec à Chicoutimi. L'échantillon de l'expérimentation officielle compte quant à lui 42 participants provenant de la population étudiante de l'Université du Québec à Chicoutimi. L'activité a été ouverte à tous les étudiants des programmes de baccalauréats en psychologie, en enseignement préscolaire primaire ainsi qu'en adaptation scolaire. Le recrutement n'a pas recherché des participants présentant une problématique particulière en santé mentale. Cet élément suit la démarche utilisée lors de la conception de la technique d'imagerie guidée induite par la musique (Bonny, 1980; Bonny, & Savary, 1973), en expérimentant la nouvelle approche comme outil de développement personnel auprès d'une population saine d'abord, pour l'ouvrir ensuite à des populations vivant divers problèmes de santé, physique comme psychologique. McKinney et al. (1995) et McKinney et al. (1997) ont pu attester de l'efficacité de l'approche auprès d'individus en bonne santé.

De plus, Summer (1990) précise qu'une activité d'imagerie guidée induite par la musique ne peut être utile qu'auprès de personnes capables de pensée symbolique, de différencier cette pensée symbolique de la réalité, et de communiquer son expérience au

thérapeute. Le choix d'une population universitaire de premier cycle pour la constitution de l'échantillon semble assurer la satisfaction de ces critères.

Puisque l'un des participants du groupe expérimental n'a pas remis son posttest, il a été exclu des analyses statistiques. L'échantillon est donc composé en définitive de 41 participants, 21 dans le groupe contrôle et 20 dans le groupe expérimental. La puissance statistique peut être somme toute limitée, avec une telle grandeur d'échantillon, selon le logiciel G-Power (Erdfelder, Faul, & Bruchner, 1996). Cependant, le contexte exploratoire, les problèmes de recrutement et le cadre du mémoire peuvent expliquer le choix de procéder malgré un échantillon somme toute restreint. Une plus grande sensibilité à l'effet ou une plus grande puissance statistique auraient demandé un nombre trop élevé de participants, en regard des délais imposés par le cadre académique. De plus, la plupart des recherches impliquant le programme d'imagerie guidée induite par la musique ou l'une de ses adaptations ne comptent qu'un nombre relativement restreint de participants, allant d'un seul lors d'analyses phénoménologiques (Bruscia, 1996a; Clark, 1996; Moffitt, 1996; Nolan, 1983; Pickett, 1996) à moins d'une quarantaine lors d'études quasi-expérimentales (Burns, 2001; Hammer, 1996; Kerr, Walsh, & Marshall, 2001; Körlin, & Wrangsjö, 2001; Maack, & Nolan, 1999; McKinney, Antoni, Kumar, Tims, & McCabe, 1997). De rares études ont dépassé ce nombre de participants, en utilisant alors un plan à mesure unique ou l'évaluation d'une intervention non-menée par les expérimentateurs (Peach, 1984).

L'échantillon compte 31 femmes (75,6 %) et 10 hommes (24,4 %). Les participants sont âgés entre 19 ans et 47 ans, la moyenne d'âge étant de 24,67 ans (*ET*= 6,10 ans). Du point de vue du statut social, 13 participants sont mariés ou en union de fait (31,7 %), 27 sont célibataires (65,9 %) et un seul est séparé ou divorcé (2,4 %). La majorité des répondants sont aux études à temps plein (82,9 %), les autres sont travailleurs à temps plein (4,9 %) ou à temps partiel (7,3 %). Un seul individu combine le travail et les études à temps partiel (2,4 %). Trente-quatre répondants rapportent un revenu inférieur à 15 000 $ (82,9 %), quatre autres (9,8 %) affirment avoir un revenu entre 15000 et 25000 $ et enfin une personne (2,4 %) affiche un revenu supérieur à 25000 $ mais inférieur à 35000$. Une personne affirme ne pas connaître son revenu et une autre s'est abstenue de répondre.

Le niveau de scolarité atteint par les participants varie quelque peu. Un participant n'a pas terminé ses études secondaires (2,4 %), alors que trois autres n'ont pas encore obtenu leur diplôme d'études collégiales (7,3 %). Six répondants (14,6 %) ont complété leur formation collégiale et une personne détient un certificat universitaire (2,4 %). La majorité des participants sont en cours de réalisation de leur baccalauréat (*n*=26; 63,4 %) et quatre individus ont complété leur formation de premier cycle universitaire (9,8 %).

Environ la moitié de l'échantillon (48,8 %) rapporte avoir vécu des événements stressants avant la participation à l'étude. De ce nombre, seulement quatre personnes

(9,8 %) rapportent suivre une thérapie et trois personnes (7,3 %) prennent des médicaments à cet effet. Le Tableau 1 résume ces informations, ainsi que les résultats au test du chi-carré effectué pour vérifier l'équivalence des groupes sur ces variables.

L'ensemble des répondants disent aimer la musique. Du côté des participants au groupe d'imagerie mentale induite par la musique, une moyenne de 6,65 séances d'imagerie a été reçue (*ET* = 1,35) avec un minimum de quatre séances et un maximum de huit. Le groupe de participants à l'atelier se compose à 70 % (*n* = 14) de musiciens, dont certains (*n* = 9) maîtrisent plus d'un instrument. Onze personnes (55 %) ont de plus déjà reçu une formation musicale. En ce qui a trait à l'écoute de musique des participants à l'atelier, le temps hebdomadaire consacré à l'écoute de musique varie entre moins de cinq heures (15 %), de cinq à 15 heures (45 %) et plus de 15 heures (40 %).

Pour le groupe contrôle, les résultats sont différents. Composé à 76,2% de musiciens (*n* = 16), le groupe contrôle compte quatorze personnes (66,7%) ayant bénéficié d'une formation musicale. Les membres de ce groupe achètent en majorité un disque ou plus par mois (66,7%). Une seule personne (2,4%) écoute moins de cinq heures de musique par semaine, alors que quinze personnes (71,4%) en écoutent entre cinq heures et 15 heures. Enfin, cinq personnes (23,8%) en écoutent plus de 15 heures par semaine. Ces résultats sont synthétisés dans le Tableau 2 (il est à noter que certains

regroupements ont dû être faits afin de répondre aux conditions du test chi-carré, ce qui explique l'absence de certaines catégories au Tableau 2).

Tableau 1

Caractéristiques sociodémographiques des participants du groupe expérimental et du groupe contrôle

	Contrôle (*n* = 21)		Expérimental (*n* = 20)		
Variables	%	*n*	%	*n*	$\chi 2$
Sexe					0,01
Femme	76,2	16	75,0	15	
Homme	23,8	5	25,0	5	
Statut					0,20
Marié / conjoint de fait	28,6	6	35,0	7	
Célibataire ou séparé / divorcé	71,4	15	65,0	13	
Scolarité					0,41
Secondaire et collégial	28,6	6	20,0	4	
Certificat universitaire ou baccalauréat	71,4	15	80,0	16	
Revenu personnel annuel					5,17*
Moins de 15 000$	76,2	16	95	19	
15 000$ et plus	23,8	5	0,0	0	
Occupation					6,39*
Études	71,4	15	95	19	
Travail	28,6	6	0,0	0	
Suivi thérapeutique					0,003
Non	90,5	19	90,0	18	
Oui	9,5	2	10,0	2	
Événements stressants					0,61
Non	57,1	12	42,9	9	
Oui	42,9	9	55,0	11	

* $p < 0,05$.

Tableau 2

Familiarité musicale des participants à l'étude

		G. contrôle		G. expér.		
		n	%	*n*	%	$\chi 2$
Musiciens						0,8158
	Non	5	23,8	6	30	
	Maîtrise 1 instrument	8	38,1	5	25	
	Maîtrise 2 instruments et plus	8	38,1	9	45	
Formation musicale						0,592*
	Aucune formation musicale	7	33,3	9	45	
	Formation musicale sur un instrument ou plus	14	66,7	11	55	
Consommation de musique						1,953*
	Moins d'un disque par mois	7	33,3	11	55	
	Un disque par mois et plus	14	66,7	9	45	
Écoute hebdomadaire de musique						1,243*
	15 heures et moins par semaine	16	76,2	12	60	
	Plus de 15 heures par semaine	5	23,8	8	40	

* $p < 0,05$

Matériel

Lieux

L'activité s'est tenue dans des locaux de l'université, habituellement utilisés comme salles de classe. Bonny (1989) suggère l'utilisation de locaux isolés, silencieux, où il est peu probable d'être interrompu en cours de séance. Les locaux utilisés sont donc situés plus en retrait des autres locaux de cours de l'université. Une telle situation peut permettre de contrôler un peu plus les bruits extérieurs pouvant s'avérer dérangeants. Les locaux utilisés doivent de plus être assez grands pour permettre à un groupe d'environ une dizaine de personnes de s'étendre au sol sans être entassés. Les tables de travail présentes dans les locaux sont déplacées avant l'arrivée des participants et replacées à la fin de chaque séance.

Le rétro-projecteur présent dans le local est utilisé vers la fin de la séance afin de fournir un éclairage plus tamisé que ne le permettent les fluorescents de la pièce. Les phases d'induction et d'imagerie se déroulent les lumières fermées, alors que les phases de symbolisation et de partage se déroulent avec l'éclairage fourni par le rétroprojecteur, de façon à favoriser la relaxation et l'imagerie.

Appareils utilisés

Afin de permettre une bonne écoute de musique à tous les participants, l'utilisation d'un appareil de type « cinéma-maison » s'avère appropriée. En plus d'assurer une excellente définition sonore, l'emploi de cinq haut-parleurs et d'un amplificateur de basses fréquences permet aux participants une bonne exposition à la musique, peu importe leur position dans le local. L'appareil utilisé est un Denon AVR-1403. Le lecteur de disques compact raccordé à l'amplificateur est un baladeur Sony D-EJ616 CK.

Les participants ont à leur disposition des boîtes de 24 crayons de couleur de marque Laurentien, des stylos à bille, des feuilles de papier lignées, ainsi que des feuilles blanches de format lettre. De plus, afin de pouvoir dessiner ou écrire à la fin de chaque séance sans changer de place, chacun reçoit une planche d'environ 60 cm par 40 cm sur laquelle s'appuyer. Bonny (1989) suggère l'utilisation de fauteuils où l'on peut s'étendre, ou encore l'aménagement d'un matelas au sol. Une telle organisation était impossible dans les locaux où se déroulent les séances, puisque tout doit être monté et démonté assez rapidement avant et après chaque séance. Chaque participant reçoit donc la consigne d'apporter un petit matelas de sol ou une couverture de manière à pouvoir s'étendre plus confortablement au sol lors de la relaxation et de l'imagerie.

Instruments de mesure

Cette section présente les instruments choisis pour mesurer les variables dépendantes retenues. Il s'agit plus spécifiquement des instruments suivants : les versions françaises du State-Trait Anxiety Inventory (STAI-Y) et du Center for Epidemiological Studies for Depression (CESD-F), l'Échelle d'estime de soi (ÉES) de Rosenberg, la Mesure de stress psychologique (MSP-25-A), la Mesure de l'actualisation du potentiel (MAP), ainsi qu'un profil sociodémographique et un questionnaire sur l'expérience musicale. Le questionnaire utilisé au prétest figure à l'appendice C, tandis que les questionnaires présentés au posttest figurent aux appendices D (groupe expérimental) et E (groupe contrôle). Chaque instrument standardisé est décrit plus à fond, avec les coefficients de cohérence interne rapportés par les auteurs et ceux obtenus auprès de l'échantillon, ainsi que sa fidélité test-retest lorsque disponible. La section se termine sur une description du profil sociodémographique et du questionnaire d'expérience musicale.

STAI-Y (version française)

Le STAI-Y est un questionnaire auto-administré mesurant l'anxiété. Conçu par Spielberger (1983) et traduit puis validé par Gauthier et Bouchard (1993), il est composé de deux parties, chacune comprenant 20 énoncés. Dans la première partie, l'individu doit indiquer, sur une échelle de type likert à quatre niveaux, à quel degré l'énoncé

correspond à sa situation actuelle[12]. La deuxième partie reprend les mêmes énoncés, à la différence que le participant doit indiquer le degré de correspondance avec sa situation générale. L'anxiété est donc vue par les auteurs du test comme un phénomène à deux niveaux. La première partie du questionnaire porte alors sur l'anxiété situationnelle, qui consiste en un état émotionnel transitoire ou une condition de l'organisme humain caractérisée par des sentiments subjectifs et conscients de tension et d'appréhension, ainsi que par une activité accrue du système nerveux autonome. L'autre construit mesuré par le test (dans la deuxième partie) est le trait d'anxiété, vu comme la prédisposition relativement stable à vivre de l'anxiété situationnelle. Présentant un bon coefficient de cohérence interne (le concepteur du test rapporte un $\alpha = 0{,}90$ auprès de son échantillon, ce qui correspond à celui observé dans le présent cas), le STAI-Y est la mesure d'anxiété la plus utilisée dans la recherche en musicothérapie, facilitant ainsi les éventuelles comparaisons avec les résultats d'autres recherches. Bien que l'emphase soit mise sur l'anxiété situationnelle, l'évaluation de l'anxiété de trait permet une interprétation plus ajustée de celle-ci, étant donné son influence sur l'anxiété situationnelle.

Échelle d'estime de soi de Rosenberg (ÉES)

L'évolution de l'estime de soi sera évaluée par le Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965) dans sa traduction française (Vallières, & Vallerand, 1990). Ce

[12] Par exemple : « 3. Je me sens content(e) de moi-même. » La personne peut alors répondre : 1. Presque jamais; 2. Quelquefois; 3. Souvent; 4. Presque toujours.

questionnaire auto-administré mesure la perception globale de l'individu quant à sa valeur personnelle. Cette perception indique, selon Rosenberg, une attitude d'acceptation, de tolérance, de satisfaction et de respect à l'égard de soi, sans tomber dans des sentiments de supériorité ou de perfection (Vallières, & Vallerand, 1990). L'outil comporte 10 énoncés auxquels l'individu doit répondre en indiquant son niveau d'accord sur une échelle de type Likert en quatre points[13]. Mesure de l'estime de soi la plus utilisée en recherche, l'Échelle d'estime de soi de Rosenberg présente un bon coefficient de cohérence interne (α = 0,76 pour la version anglaise, α = 0,70 pour la version française selon les écrits; α = 0,88 dans le présent échantillon). De plus, la bonne fidélité test-retest de la version française (r = 0,84) supporte son utilisation dans une évaluation de type prétest/posttest (Vallières, & Vallerand, 1990).

CESD-F

Pour rendre compte des manifestations dépressives, l'utilisation du Center for Epidemiological Studies Depression Scale (Radloff, 1977), dont la traduction française (CESD-F) a été effectuée et validée par Riddle, Blais et Hess (1995), semble appropriée. Le questionnaire auto-administré comporte 20 énoncés représentant un ressenti ou un comportement. L'individu doit indiquer sur une échelle de type Likert à quatre niveaux la fréquence de la présence du ressenti ou du comportement illustré par l'énoncé au

[13] Par exemple : « 8. Je souhaiterais avoir plus de respect pour moi-même. » Les réponses possibles sont alors : tout à fait d'accord, d'accord, pas d'accord et pas du tout d'accord.

cours de la dernière semaine[14]. Utilisé fréquemment pour le dépistage et l'évaluation de l'intensité de symptômes dépressifs dans la population générale, cet outil met l'emphase sur le côté affectif de ces symptômes, soit l'humeur dépressive (Radloff, 1977). Il semble apparemment assez sensible pour rendre compte de la fluctuation des manifestations dépressives chez des individus n'atteignant pas le seuil pathologique, à la différence d'autres outils utilisés à des fins diagnostiques. L'échelle possède de plus un bon coefficient de cohérence interne (α = 0,85 rapporté dans les écrits) et sa fidélité test-retest sur une période de deux semaines est bonne (r = 0,51) compte tenu de la variabilité inhérente à cette symptomatologie (Radloff, 1977). Ces qualités se sont conservées lors de la traduction de l'anglais au français, maintenant une bon niveau de cohérence interne (α = 0,89 obtenu auprès de l'échantillon normatif; α = 0,93 dans le présent cas) et une fidélité test/retest acceptable sur une période d'un mois (r = 0,59) (Riddle, Blais, & Heiss, 1995).

Mesure du stress psychologique (MSP)

La Mesure du stress psychologique est un outil de type questionnaire papier-crayon développé auprès d'une population québécoise par Lemyre, Tessier et Fillion (1990). Cette mesure évalue l'état personnel de stress, conçu par les auteurs du test comme : « un état de tension ou d'alerte dont les composantes sont physiologiques,

[14] Par exemple : « 11. Mon sommeil était agité. » Les réponses possibles sont : rarement ou jamais, parfois ou peu souvent (1-2 jours), occasionnellement ou modérément (3-4 jours) et la plupart du temps ou tout le temps (5-7 jours).

comportementales et émotives » (p.1). Il ne s'agit pas alors d'évaluer une pathologie, mais bien une dimension de l'état de santé pouvant éventuellement causer un état pathologique. Puisqu'il mesure un construit non-pathologique affichant une grande variance dans une population normale, l'outil présente une grande sensibilité même pour de faibles changements d'état. La version complète du test compte 49 énoncés, auxquels la personne répond en indiquant la fréquence d'apparition d'un comportement, de pensées ou de sensations au cours des cinq derniers jours sur une échelle de type likert à huit points[15]. Deux versions brèves comptant 25 items sont aussi en circulation. En plus d'afficher un bon coefficient alpha (entre 0,92 et 0,93 selon les écrits; 0,94 auprès du présent échantillon), chacune des versions brèves présentent une grande corrélation avec la version complète (*r* = 0,98), ce qui supporte l'emploi de l'une d'elles lors de l'évaluation. La première version courte de la mesure (MSP-25 A) présente cependant une fidélité test-retest supérieure aux autres versions (*r* = 0,68), favorisant ainsi le choix de cette version pour les besoins de l'évaluation. Cette fidélité test-retest apparaît relativement haute, compte tenu de la grande variabilité de l'état de se sentir stressé. Elle a été établie sur une période de deux semaines, soit le même intervalle temporel que pour le présent atelier.

[15] Exemple d'item : « 2. Je me sens la gorge serrée ou j'ai la bouche sèche. » Les réponses possibles sont alors : 1. pas du tout, 2. pas vraiment, 3. très peu, 4. un peu, 5. plutôt oui, 6. passablement, 7. beaucoup et 8. énormément

Mesure de l'actualisation du potentiel (MAP)

La Mesure de l'actualisation du potentiel (MAP) a été développée par Leclerc, Lefrançois, Dubé, Hébert et Gaulin (1997, 1998) afin d'offrir une alternative à la fois plus fiable et plus accessible que les autres questionnaires déjà utilisés pour mesurer l'actualisation du potentiel. Il s'agit d'un questionnaire auto-administré de 27 items, auxquels la personne répond sur une échelle de type Likert à cinq degrés, avec différents ensembles de réponses possibles, de façon à mieux correspondre aux énoncés[16]. Adapté à des populations de tous âges (Leclerc et al., 1997), l'outil mesure le construit de l'actualisation du potentiel comme étant un processus de développement du potentiel de la personne en congruence avec son image de soi et avec son expérience d'elle-même et de son environnement. Alors que des analyses préliminaires décèlent la présence de plusieurs sous-échelles à l'intérieur de l'outil, les auteurs suggèrent de s'en tenir à l'échelle globale ou aux deux construits la composant, plus spécifiquement l'ouverture à l'expérience et la référence à soi (Leclerc et al., 1997). La cohérence interne de l'outil est bonne (α = 0,90 rapporté par les auteurs du test; α = 0,76 auprès du présent échantillon) et sa stabilité temporelle atteint un coefficient de 0,89 (Leclerc et al., 1998), ce qui supporte son utilisation dans une évaluation de type prétest/posttest.

[16] Par exemple : « 2. En toute circonstance, je peux ________________ exprimer mes émotions. » Le choix des réponses disponibles pour cet énoncé comprend : « Très difficilement; difficilement; assez facilement; facilement; très facilement. »

Profil socio-démographique et questionnaire d'expérience musicale

Afin de pouvoir au besoin nuancer l'interprétation des résultats, le profil socio-démographique a été établi à l'aide d'un questionnaire portant sur les revenus, la scolarité, l'état civil et l'état de santé actuel des participants. De plus, afin de pouvoir détecter une plus grande familiarité ou un plus grand intérêt envers la musique chez les participants, un questionnaire sur l'expérience musicale a été administré. Ce questionnaire provient de la traduction et l'adaptation effectuée par l'auteur d'un questionnaire originalement proposé par Bonny (1980). L'intérêt d'un tel questionnaire réside dans le fait qu'il est possible qu'une plus grande expérience musicale ou le fait d'être musicien vienne moduler l'impact d'une activité basée sur l'écoute de musique. En effet, les musiciens par exemple sont plus susceptibles de porter une écoute technique à l'extrait musical, ce qui pourrait avoir pour effet de nuire à l'imagerie. Toutefois, certains auteurs comme Osborne (1981) en arrivent à une autre conclusion, affirmant que malgré un niveau d'expérience musicale élevé, l'imagerie prévaut comme réponse à l'écoute d'un extrait musical. L'évaluation proposée ici s'attardera cependant plus à l'impact global de l'activité de musique et d'imagerie qu'à la responsabilité propre à l'élément musical quant aux éventuels changements observés.

Déroulement

La prochaine section aborde en détail le déroulement de l'expérimentation, en justifiant tous les choix méthodologiques à l'aide de l'information issue de la recension des écrits. En résumé, les séances furent au nombre de huit, d'une durée allant de 75 à 90 minutes, et ont toutes été animées par la même personne, soit l'auteur de la recherche. Au cours de la séance, les participants ont été exposés à des séquences musicales spécialement choisies et agencées pour relaxer, susciter une imagerie, puis favoriser un retour à un état de relaxation. Le programme a par la suite été pré-expérimenté auprès de participants dont tous les commentaires sur le déroulement ont été retenus. Une fois les ajustements réalisés, le plan typique de chaque séance est demeuré le même. Après leur arrivée, les membres du groupe ont un temps de centration à la suite duquel un court partage a lieu. Ensuite, la relaxation dirigée commence, suivie de l'imagerie à l'aide de l'écoute de musique. Une fois la séquence musicale terminée, une courte période est laissée aux participants pour écrire ou dessiner leur expérience, qu'ils partagent en groupe à la fin. La collecte des données s'est effectuée avant le début de la première séance, ainsi qu'à la fin de la dernière séance.

Nombre de séances

Selon Bonny (1989), un contrat quant au nombre de séances devrait être établi avec le client avant le début de la série. Elle propose alors un nombre de départ de cinq

séances pouvant être reconduit au besoin. Ce nombre semble assez arbitraire. Plusieurs études d'impact du programme ne tiennent pas compte du nombre de séances auxquelles ont été exposés les participants. Körlin et Wrangsjö (2002), par exemple, comptent parmi leurs participants des personnes ayant participé à moins de 10 séances et d'autres ayant pris part à plus de 20. Cependant, Burns (2001) a pu démontrer qu'une série de 10 séances pouvait s'avérer efficace auprès de participants en oncologie. McKinney, Antoni, Kumar, Tims et McCabe (1997) citent les propos de Jacobi, qui arrive à une conclusion semblable à celle de Burns (2001). Hammer (1996) atteste aussi de l'efficacité d'une série de 10 séances auprès de participants anxieux. Des effets bénéfiques après aussi peu que six séances ont cependant pu être décelés (McKinney et al., 1997). McKinney (2002) cite enfin d'autres chercheurs suggérant eux aussi un nombre de six séances. Il s'agit toutefois dans ces deux études de séances individuelles, plus longues et séparées par un délai allant d'une semaine (Körlin, & Wrangsjö, 2002) à deux semaines (McKinney et al., 1997).

Le format plus court des séances pouvant s'avérer un obstacle au travail soutenu sur l'imagerie, une disposition plus rapprochée des séances a été choisie : une séance à chaque jour. Ce format est de plus une tentative de réduction du risque de mortalité expérimentale et de maximiser l'impact de l'activité. Il s'inscrit aussi en conformité avec la recommandation de Hammer (1996), qui suggère, lorsque les séances sont plus courtes, de les rapprocher, au point de dépasser le seuil d'une séance à la semaine. Un maximum de quatre séances par semaine a cependant été fixé, afin de permettre à un

plus grand nombre de prendre part à l'activité malgré l'organisation intensive des séances. Un nombre de huit séances était donc indiqué, à mi-chemin entre les recommandations de Burns (2001) et de McKinney et al. (1997). Ce nombre de séances assure une exposition acceptable pour les participants. Vaux (1993) considère que malgré le format condensé, l'approche d'imagerie guidée induite par la musique demeure un outil efficace.

Choix musicaux

Les musiques spécialement choisies pour l'utilisation en imagerie guidée induite par la musique recèlent en elles-mêmes plusieurs éléments influençant plus ou moins subtilement l'humeur, l'implication émotionnelle et l'introspection (Bonny, 1989). La pratique en imagerie guidée induite par la musique présente deux façons de faire quant au choix des séquences musicales. La première vise l'utilisation de musiques choisies par le thérapeute au cours de la séance, ce choix étant influencé par la situation du client et le déroulement de son imagerie. Cette façon de procéder exige de la part du thérapeute une grande connaissance du répertoire musical, une grande quantité d'enregistrements accessibles rapidement, ainsi qu'une bonne capacité d'adaptation. Alors qu'elle est réalisable lors de séances individuelles, cette procédure semble problématique en groupe. D'abord, adapter les choix musicaux simultanément à plusieurs individus différents quant à leur vécu et à leur cheminement semble poser une grande difficulté. De plus, l'absence de dialogue au cours de l'imagerie rend impossible

l'adaptation des extraits au déroulement de l'imagerie. Un troisième élément semble s'inscrire contre cette pratique dans la présente activité : le peu de temps consacré à l'imagerie. En effet, alors qu'il est plus facile de trouver rapidement des extraits dont la durée s'agence bien à une imagerie de 30 à 50 minutes, il en va autrement lorsque seulement 10 à 15 minutes par séance sont allouées à cette phase.

Le format choisi pour l'activité commande donc des séquences musicales pré-établies. Il est alors possible de se référer aux programmes musicaux spécialement conçus pour l'imagerie guidée induite par la musique (voir Bruscia, & Grocke, 2002), ou encore de créer à l'avance un nouveau programme. En effet, des travaux comme ceux de Burns (2001) ont utilisé en grande partie des programmes musicaux existants complétés au besoin par d'autres pièces. Les programmes déjà existants étant, de par leur durée et leur configuration, adaptés surtout aux séances plus longues, de nouvelles séquences ont donc été créées spécialement pour la présente recherche. Les séquences musicales ont donc été agencées de manière à durer de huit à seize minutes, ce qui respecte les recommandations de Hammer (1996) et de Vaux (1993). Afin d'assurer néanmoins un certain standard, les extraits musicaux utilisés ont tous été choisis parmi ceux proposés par Bonny (Bonny, 1978b; Bonny, & Savary, 1973) et Vaux (1993), donc étant reconnus et utilisés par les thérapeutes formés à la technique d'imagerie guidée induite par la musique.

Vaux (1993) suggère, lorsque les séquences musicales sont plus courtes, d'utiliser des pièces complètes en elles-mêmes, c'est-à-dire comportant une introduction, une section de travail plus développée et une résolution plus structurée, plus apaisante. Chaque pièce incluse dans les séquences possède donc ces qualités. De plus, lorsque plusieurs pièces ont été utilisées pour former une séquence, un souci particulier a été porté à suivre un « contour affectif[17] » comme proposé par Bonny (1978b). De plus, les séquences entretiennent le même rapport entre elles : leur agencement reflète une intensité moindre en début et en fin de processus, alors que les séances mitoyennes sont jugées plus intenses. La progression se doit d'établir une certaine continuité et ainsi procurer aux participants la sécurité nécessaire pour l'introspection (Bonny, 1989). La liste complète des informations sur les sélections musicales figure à l'appendice F; toutefois, le Tableau 3 en propose un résumé.

[17] Traduction de « *affective contour* ».

Tableau 3

Séquences musicales utilisées lors des séances

Numéro de la séance	Titre de la pièce	Compositeur	Durée
Toutes (à l'induction)	The Light	Robert Haig Coxon	6m15s
1	Prélude à l'après-midi d'un faune	Debussy	10m03s
2	The Dove (The Birds)	Respighi	4m25s
	Le Cygne (Carnaval des animaux)	Saint-Saëns	3m17s
3	Pines near a Catacomb (Pines of Rome)	Respighi	6m30s
	Pines of the Janiculum (Pines of Rome)	Respighi	6m39s
4	Pines of Villa Borghese (Pines of Rome)	Respighi	2m34s
	Mercury, the Winged Messenger (Planets)	Holst	3m52s
	Canon en Ré	Pachelbel	5m04s
5	Pines of the Appian Way (Pines of Rome)	Respighi	5m03s
	Mars, the Bringer of War (The Planets)	Holst	7m14s
6	9ième symphonie (Ré maj.) (adagio molto e cantabile)	Beethoven	13m34s
7	The lark ascending	Vaughan Williams	16m08s
8	Venus, the Bringer of Peace (The Planets)	Holst	8m09s

Pré-expérimentation de l'activité

La traitement expérimental, bien qu'inspiré des travaux de Vaux (1993) sur un format plus court pour les séances ainsi que de ceux de Summer (1990, 2002) sur l'approche de groupe, nécessitait une série de modifications. De plus, puisqu'il s'agissait d'une première expérience en ce domaine pour l'animateur, une pré-expérimentation du programme a dû être réalisée afin de s'assurer de la fluidité de l'activité, de préciser certains choix méthodologiques et d'acquérir une certaine expérience par rapport à l'animation de l'activité. D'ailleurs, l'animation de toutes les séances et de tous les groupes a été assumée par la même personne, soit l'auteur de la recherche. Cette mesure de contrôle vise une certaine uniformité entre les groupes et se base sur la découverte de Lieberman, Yalom et Miles (1973), qui affirment que l'animateur lui-même, indépendamment de l'intervention et de l'approche, a un impact sur les participants. Le rôle de l'animateur sera d'ailleurs repris plus en détails plus loin dans ce chapitre.

Enfin, puisque aucune traduction française des consignes guidant la relaxation, l'imagerie et le retour sur l'imagerie n'ont pu être relevées dans la recension des écrits, l'adaptation française a été réalisée par l'auteur. Comme le programme présentait plusieurs adaptations de la méthode GIM, la pré-expérimentation a permis de s'assurer d'un déroulement harmonieux pour les participants.

Le recrutement des étudiants au doctorat en psychologie de l'U.Q.A.C. pour cette phase s'est fait de deux façons : par lettre (voir appendice G) dans un des milieux de stage et par une rencontre dans un cours académique, où l'activité a été présentée (le plan de la présentation figure à l'appendice H). Les personnes intéressées ont inscrit leurs coordonnées sur une feuille et ont été convoquées par la suite par l'animateur pour le début des séances. La sollicitation des étudiants au doctorat pour cette phase de l'expérimentation s'appuie sur la possibilité qu'ils aient une plus grande connaissance des processus d'actualisation et de croissance, ce qui peut les rendre plus susceptibles d'apporter des commentaires éclairés quant aux ajustements techniques nécessaires à l'activité.

Les volontaires ont participé à l'activité en entier sans remplir les questionnaires sur les variables à l'étude. Cependant, à la fin de chaque séance, tous les participants ont reçu un autre questionnaire (voir appendice I) permettant de recueillir leurs commentaires sur les aspects vérifiés. Il était alors possible d'adapter les activités de l'atelier en tenant compte des commentaires reçus et de tester ces adaptations dès la séance suivante.

Les commentaires ont permis d'orienter plusieurs choix méthodologiques. Premièrement, alors que la plupart des auteurs suggèrent une position couchée pour la relaxation, Blake et Bishop (1994) proposent une posture assise. Le fait d'être étendu au sol plutôt qu'assis a été jugé aidant par les participants. De plus, les auteurs suggèrent

de décrire une scène d'induction aux participants, le plus souvent un paysage ou une situation assez spécifique (Blake, & Bishop, 1994). Les commentaires reçus ont affiché une nette préférence vis à vis l'absence d'une telle scène au profit d'une consigne plus générale, où les participants seraient plus libres de laisser aller leur imagination. Le retour à un éclairage normal immédiatement après la période d'imagerie s'est avéré dérangeant pour les participants, alors que l'éclairage tamisé fourni par une lampe d'appoint a été jugé approprié.

Selon Körlin et Wrangsjö (2002), il est de pratique courante en imagerie guidée induite par la musique de proposer une tâche artistique à la suite de l'imagerie, afin de poursuivre le travail. D'ailleurs, dans ses suggestions pour une activité d'introduction à l'imagerie guidée induite par la musique en groupe, Summer (1990) et Blake et Bishop (1994) proposent de tenir soit une activité de dessin, soit l'écriture d'un texte au cours de l'imagerie même. Il a été convenu de laisser le choix aux participants après la période d'imagerie de dessiner ou d'écrire sur leur expérience. Cette possibilité de choisir a été particulièrement appréciée par les participants à la pré-expérimentation. En moyenne 50 % des productions ont été des dessins et bien que certains participants ont préféré s'en tenir à un mode d'expression, d'autres ont pu alterner entre le texte et le dessin au fil des séances. La production expressive doit ensuite être suivie d'une intégration verbale (Körlin, & Wrangsjö, 2002).

Pour l'échange verbal entre les membres sur l'expérience, le petit nombre de participants a permis l'échange en groupe dès la première séance. Le groupe n'était pas assez grand pour justifier un échange en équipes de deux ou trois personnes, suivi d'un retour en grand groupe. Comme le suggèrent Blake et Bishop (1994), l'échange a été orienté vers la sécurisation des participants ainsi que vers le renforcement des efforts pour créer des solutions positives, s'il y a lieu. Enfin, les commentaires reçus sur les séquences musicales ont permis de s'assurer que leur agencement est conforme au « contour affectif » proposé par Bonny (1978b), soit une intensité croissante d'une séance à l'autre, avec un sommet à la mi-traitement et un retour à une intensité plus faible et apaisante à la fin du processus. Bonny (1989) suggère en effet de construire la première séance de façon à ce qu'elle serve de familiarisation pour les participants avec la technique. Les premières séquences utilisées sont donc plus structurées, plus mélodiques, plus rassurantes. Au cours du processus, les structures deviennent plus souples, les musiques parfois moins mélodiques. L'intensité émotionnelle des extraits s'est accrue aussi puis a diminué : la séquence utilisée à la cinquième séance a suscité des imageries où les contenus agressifs étaient plus présents que dans les premières ou les dernières séquences.

Cette disposition avait pour but de sécuriser les participants d'abord, de leur permettre ensuite une exploration plus approfondie par une imagerie plus intense, puis de favoriser une intégration des contenus émergés par des imageries plus calmes, plus apaisantes et plus structurantes. Chaque extrait choisi était, autant que possible,

construit selon cette même courbe. À la fin de la pré-expérimentation, il a été convenu de ne pas changer l'agencement des séquences, celui-ci s'avérant approprié d'après les commentaires reçus.

Comme mentionné précédemment, l'animateur peut avoir une grande influence sur le déroulement et les effets de l'atelier. La pré-expérimentation a donc permis de préciser son rôle lors des différentes phases de chaque séance, ainsi que les attitudes qu'il doit adopter et promouvoir au sein du groupe. L'animateur est entre autres responsable d'établir dès le départ un climat d'écoute et de respect entre tous les membres du groupe (Yalom, 1995). Ce climat est primordial afin de favoriser les échanges et une plus grande implication des participants. L'animateur doit donc se montrer ouvert d'esprit, accueillant, respectueux du rythme et du degré d'implication que chaque participant souhaite avoir dans l'activité. Les participants peuvent être encouragés à partager leurs imageries et prises de conscience au groupe, mais ils ne doivent en aucun cas y être forcés. Les tâches de l'animateur spécifiques à chaque phase d'une séance (prélude, induction, imagerie et postlude) seront abordées plus précisément dans la section « constitution finale de l'activité ».

Recrutement pour la version expérimentale de l'atelier

Ce nouveau recrutement s'est fait en deux phases : la première visait explicitement la participation au groupe expérimental, la seconde visait la participation

au groupe contrôle. Le choix de procéder en deux temps distincts pour le recrutement des participants a été fait afin de permettre aux volontaires de connaître dès le départ le niveau d'implication nécessaire à leur participation, de façon à ce que le consentement à participer soit le plus éclairé possible, compte tenu de la plus grande implication demandée aux membres du groupe expérimental. Ce choix visait aussi à faciliter le recrutement du groupe expérimental, en évitant de proposer simultanément aux volontaires la condition contrôle, moins exigeante du point de vue de l'implication. De plus, le nombre relativement peu élevé de volontaires empêchait la constitution d'un groupe contrôle sous forme de liste d'attente.

La démarche pour le recrutement a toujours été la même. Les cours obligatoires ont été identifiés et ciblés pour le recrutement, afin de rejoindre le plus grand nombre d'étudiants possible. Une fois ces cours identifiés, les professeurs ont été contactés par téléphone pour leur présenter la recherche et obtenir leur consentement à la présenter à leurs étudiants lors de leur cours et solliciter leur participation. Cet entretien téléphonique a couvert les aspects des objectifs généraux du projet de mémoire, du temps nécessaire à la présentation (environ 15 minutes) et du moment le plus adéquat pour la présentation aux étudiants. Lors de la rencontre, ces derniers ont reçu une lettre présentant les grandes lignes de l'activité ainsi que l'implication nécessaire de la part des participants, que l'animateur a repris oralement (voir appendice J et aussi appendice H pour les guides de présentation pour le groupe expérimental). Pour le groupe contrôle il n'y a pas eu de lettre, mais le contenu de la présentation figure à l'appendice K. Au

cours de la présentation, une feuille a circulé pour permettre aux intéressés d'inscrire leurs coordonnées (voir appendice L). Les intéressés ont été convoqués par l'animateur dans les jours suivant la présentation à une rencontre de groupe visant l'obtention du consentement libre et éclairé (voir appendice M pour le groupe expérimental et appendice N pour le groupe contrôle). À cette même occasion, les participants ont aussi complété le questionnaire du prétest (voir appendice C pour les groupes expérimental et contrôle). Cette façon de faire a permis de répondre aux questions des personnes intéressées en amputant le moins de temps possible au cours où elles ont été rencontrées.

Chaque personne s'est présentée de son plein gré et n'a reçu aucune compensation monétaire ou autre en échange de sa participation. Le calendrier détaillé du recrutement et de la réalisation des autres étapes de cette expérimentation figure à l'appendice O. Ce calendrier se veut en lui-même une mesure de contrôle face à une source possible de variation des indicateurs de santé mentale : les périodes d'examens ou de remise de travaux. En effet, une attention spéciale a été portée à ce que les phases de recrutement pour le groupe expérimental et les ateliers d'imagerie ne se tiennent pas, autant que possible, durant une telle période. La façon de contrôler ce facteur a été d'éviter de tenir les ateliers dans les deux semaines précédant la mi-session ou les deux semaines avant la fin de la session, ces périodes étant plus propices aux évaluations et à la préparation à ces évaluations. Cependant, puisque chaque participant pouvait être inscrit à plusieurs cours suivant un cheminement différent, le contrôle de cette source de variabilité n'est pas absolu.

Après un premier recrutement, les volontaires pour le groupe expérimental étaient au nombre de 32. De ce nombre, deux sous-groupes de 16 personnes furent formés, afin de favoriser un meilleur déroulement de l'atelier. Au moment du prétest du premier sous-groupe, le nombre avait chuté à huit, en raison de désistements et de conflits d'horaire forçant l'abandon de certaines personnes. De ces huit participants, seulement cinq personnes ont terminé l'atelier et répondu au posttest. Pour le deuxième sous-groupe, le nombre est passé de 16 à 14 candidats pour les mêmes raisons. À la fin de l'atelier, le deuxième sous-groupe comptait six personnes. Cette mortalité expérimentale a nécessité la tenue de deux autres périodes de recrutement, de façon à constituer deux autres sous-groupes expérimentaux et ainsi arriver à un nombre plus acceptable de participants, malgré les abandons et désistements. Le troisième sous-groupe expérimental était constitué de cinq personnes, qui ont toutes remis leur posttest à la fin de l'atelier. Le dernier sous-groupe expérimental comptait lui aussi cinq personnes. Elles ont toutes complété l'atelier, mais puisqu'une de ces personnes n'a pas remis son posttest, seulement quatre sont considérées dans les analyses statistiques. Le même souci pour le contrôle des périodes d'examens et de remise de travaux a été porté lors du recrutement et de la tenue des ateliers qu'au premier recrutement pour la condition expérimentale. En comparant le nombre de prétests au nombre de posttests complétés, la mortalité expérimentale s'établit à 37,5 % pour le groupe expérimental.

Le groupe expérimental constitué, le recrutement pour le groupe contrôle a été lancé. Comme pour le groupe expérimental, plusieurs recrutements ont été nécessaires

afin d'obtenir un nombre acceptable de participants. Un premier recrutement a permis d'obtenir six volontaires. Cependant, de ces six répondants, seulement trois ont rempli le posttest. Un deuxième recrutement a donc été déclenché, au terme duquel douze personnes ont accepté de répondre aux deux questionnaires. Afin d'augmenter la taille de l'échantillon, un dernier recrutement a été effectué, ce qui a permis d'ajouter six personnes au groupe contrôle. Le taux d'abandon pour le groupe contrôle s'établit donc à 19,2 %. Étant donné ces difficultés de recrutement pour la condition contrôle ainsi que le temps limité alloué à la réalisation du mémoire de maîtrise, il n'aurait pas été possible de contrôler les périodes d'examens ou de remise de travaux pour cette partie de l'échantillon. La probabilité que ces participants à l'étude aient été évalués lors d'une telle période et ainsi afficher une variation anormale des indicateurs de santé mentale en l'absence de traitement s'en voit augmentée.

Constitution finale de l'activité

Grâce aux informations recueillies lors de la recension des écrits et de la pré-expérimentation, une version expérimentale de l'activité a été constituée et proposée aux participants volontaires. Seuls deux changements mineurs au déroulement ont été effectués en guise d'adaptation aux besoins des différents groupes rencontrés. Ces changements seront abordés dans la description des phases correspondantes.

Comme le suggèrent Blake et Bishop (1994), les mêmes phases sont présentes dans le même ordre dans le processus de groupe que dans le processus individuel, à deux différences près : l'absence de dialogue au cours de l'imagerie et la présence d'interaction entre les membres lors des autres phases. Pour assurer un bon déroulement de l'activité, plusieurs petits sous-groupes expérimentaux ont été constitués, avec un nombre maximal de 10 participants. Cette approche concorde avec les recommandations de Yalom (1995), qui suggère un petit nombre de personnes lors d'une activité thérapeutique en groupe. Toutefois, la mortalité expérimentale a fait en sorte qu'à la fin de l'activité, les sous-groupes comptaient entre quatre et six participants. Malgré la constitution de plusieurs sous-groupes, tous les participants ont pu bénéficier de la même exposition, l'activité n'ayant subi que des modifications mineures d'un groupe à l'autre afin de mieux s'adapter aux membres.

D'ailleurs, par souci d'uniformité, chacun des sous-groupes a été animé par l'auteur. Cet élément peut entraîner un questionnement, mais l'absence de personnel disponible et formé à l'approche utilisée a contraint à ce choix. De plus, Lieberman, Yalom et Miles (1973) signalent l'importance de contrôler ce facteur lors d'études auprès de groupe, étant donné l'impact que peut avoir la façon d'être de l'animateur sur le vécu du groupe et sur les résultats observés. Par ailleurs, Yalom (1995) précise qu'étant étrangers l'un à l'autre au début d'un processus thérapeutique de groupe, les participants peuvent utiliser l'animateur comme agent de transition pour établir une relation entre eux, d'où l'importance de la relation entre l'animateur et les participants.

N'ayant pas au départ d'expérience particulière dans l'animation de groupes thérapeutiques, et compte tenu l'importance que revêt cette expérience dans une telle tâche (Yalom, 1995), l'animateur a été supervisé dans ses interventions par son directeur de recherche, qui bénéficie d'une grande expérience dans l'animation de tels groupes. L'utilisation d'un animateur unique a fait en sorte que les séries de séances n'ont pu être tenues au même moment pour tous les sous-groupes. Voici maintenant le déroulement détaillé d'une séance.

Prélude. À leur arrivée, les participants prennent place en cercle. Un petit temps de centration est alors accordé, où les gens ferment les yeux et tentent d'identifier leur état actuel, dans quelles dispositions physiques et psychologiques ils se présentent à l'activité et leurs préoccupations, bref de favoriser une présence à soi. Cette démarche se veut semblable à celle de McKinney et al. (1997), en étant toutefois moins restrictive, c'est-à-dire en ne demandant pas aux participants d'identifier absolument trois problèmes, par exemple. Ce moment dure environ cinq minutes et est suivi d'un partage entre les membres du groupe sur ce qui a émergé lors de la centration. Selon les recommandations de Summer (1990), les échanges demeurent toutefois limités à cette phase. Ce moment de l'activité peut correspondre à la discussion préliminaire proposée par les auteurs en imagerie guidée induite par la musique.

Le rôle de l'animateur en cette phase est de préparer le local et l'équipement, d'accueillir les participants, de guider le temps de centration et d'animer le bref échange

qui s'en suit. Lors de cet échange, l'animateur doit être attentif à l'état physique et émotionnel dans lequel arrive chaque participant et tenter de repérer les éléments susceptibles d'influencer l'expérience d'imagerie et le partage en groupe. Ces observations peuvent ensuite être reflétées au participant concerné lors du partage, si cela peut favoriser une prise de conscience dont il pourrait bénéficier.

Induction. Vient ensuite la phase d'induction, où les participants s'étendent au sol sur la couverture ou le matelas qu'ils ont apporté. Les lumières sont éteintes et la relaxation est amorcée (voir l'appendice P pour la transcription de la consigne de relaxation). Une fois la consigne de relaxation donnée, celle de l'imagerie est transmise. Cette phase dure environ cinq à sept minutes. Pour le premier groupe expérimental, elle s'est passée dans le silence. Cependant, à la demande des membres du second groupe expérimental, un extrait musical n'entretenant aucun lien avec les séquences utilisées a été joué pour favoriser la relaxation. À la recommandation de Vaux (1993), l'extrait choisi est de type « nouvel-âge », neutre et apaisant et possède une mélodie agréable. Son rythme lent favorise aussi la relaxation. Cette inclusion s'étant avérée efficace et appréciée des participants, elle a été maintenue pour tous les groupes suivants.

Cette phase ne se termine pas par une scène d'induction, mais simplement par une consigne générale, laissant la possibilité aux participants de développer l'imagerie dans une direction plus susceptible de faire sens pour eux :

> Vous allez maintenant entendre une musique. Il est possible que cette musique suscite en vous une expérience d'imagerie qui peut prendre la forme d'images, d'émotions, de sensations, de pensées, de souvenirs... Il est possible que cette expérience d'imagerie ait un lien avec une

> situation que vous vivez, avec une partie de vous, ou encore avec un besoin que vous ressentez. Soyez ouverts à un tel lien, sans chercher à le créer à tout prix. L'important, c'est de suivre votre imagerie. Suivez-la, sans tenter de la contrôler.

Cette consigne s'inspire en fait de la recommandation de McKinney et al. (1997), qui laissent une certaine liberté à leurs participants dans leur imagerie en fournissant une définition de l'imagerie comprenant des émotions, des sensations physiques, ainsi que des souvenirs. Malgré qu'il s'agisse d'une première adaptation francophone à un contexte d'imagerie en groupe sur la musique, cette consigne respecte les multiples modalités sous lesquelles l'imagerie induite par la musique peut se présenter (Körlin, & Wrangsjö, 2002).

Le rôle de l'animateur dans la phase d'induction est de veiller aux éléments techniques, comme la musique de fond, et de guider verbalement la relaxation. Une fois la procédure de relaxation terminée, il lit la consigne de l'imagerie et s'occupe de faire jouer la séquence musicale.

Imagerie. La séquence musicale attitrée à la séance est ensuite jouée à un volume acceptable, assez fort pour couvrir les bruits ambiants sans pour autant devenir assourdissant ou dérangeant pour les participants ou pour les locaux environnants. Staum et Brotons (2000) rapportent d'ailleurs qu'un volume bas est préférable à un volume élevé pour la relaxation de jeunes adultes. La durée de la phase d'imagerie est directement en lien avec la durée de l'extrait musical, elle est donc variable d'une

séance à l'autre. La séquence la plus courte dure environ huit minutes et la plus longue s'étend sur environ 16 minutes. À la fin de la séquence musicale, une consigne de retour est donnée verbalement aux participants par l'animateur :

> La musique s'arrête ici. Prenez le temps de ressentir et d'identifier ce qui est présent en vous à la fin de cette imagerie... Voyez si vous pouvez établir des liens entre votre expérience d'imagerie et des éléments de votre vécu, de votre personne, ou de vos besoins... Quand vous serez prêts, commencez à bouger tranquillement... ouvrez les yeux... et asseyez-vous.

Cette consigne constitue aussi une première adaptation francophone documentée des consignes de retour à un état de conscience normal habituellement utilisées en GIM. De plus, le fait de rendre explicite les liens entre la vie personnelle et le contenu de l'imagerie est un élément nouveau. Alors qu'avec l'approche individuelle, l'animateur encourage ces liens tout au long de l'imagerie, l'absence d'accompagnement verbal lors de l'imagerie en groupe rendait cette consigne nécessaire à la fin de l'imagerie.

Postlude. Le postlude comporte deux parties distinctes. La première se nomme « symbolisation ». Les participants choisissent alors de produire un texte ou un dessin exprimant le contenu de leur imagerie et/ou l'état dans lequel ils se trouvent à la fin de l'expérience, les liens qu'ils peuvent faire, s'il y a lieu. Un temps d'environ 15 minutes est alloué à cette phase, cette durée s'adaptant autant que possible au rythme des participants. Le rôle de l'animateur à ce moment est de s'assurer que chaque

participant se porte bien à la suite de l'imagerie, qu'il dispose du matériel nécessaire à la symbolisation, ainsi que de gérer le temps alloué à cette partie.

La dernière partie du postlude (et de l'activité) est l'échange sur l'imagerie. Cet échange vise à faire des liens entre le contenu de l'imagerie et des éléments du vécu des participants. Selon la procédure proposée par Summer (1990), il s'est fait en trois temps : le récit par le participant de son imagerie, la comparaison entre l'imagerie et des situations ou des émotions de la vie courante du participant, et enfin un échange sur l'imagerie par le groupe. L'interaction entre les membres est encouragée. Après les résultats satisfaisants de cette procédure à la pré-expérimentation, les échanges se sont tenus en grand groupe pour le premier groupe expérimental. Cependant, un certain malaise semblait régner entre les membres, faisant en sorte que malgré les encouragements à le faire, certains participants ont beaucoup hésité à s'ouvrir, alors que d'autres sont restés très vagues dans leur partage.

Une autre façon de faire a donc été établie pour les autres groupes : le partage s'est fait d'abord par petites équipes de deux ou trois personnes, suivi par un court retour en grand groupe à la fin. La constitution des équipes a été laissée au choix des participants. La cohésion de groupe a semblé en être meilleure et le contenu des partages a démontré plus de profondeur. Seul le troisième groupe expérimental, compte tenu de son petit nombre, a partagé tout de suite en grand groupe. La cohésion du groupe a semblé le permettre dès le départ. Environ 30 minutes ont été allouées à

cette phase, en accordant autant que possible un temps de parole à tous les participants. La séance prenait fin lorsque tous avaient eu l'occasion de s'exprimer (qu'ils aient choisi de le faire ou non).

Le rôle de l'animateur lors de cette partie est d'animer les échanges, de reformuler les partages en proposant notamment des reflets et d'encourager la recherche de liens entre des éléments de l'imagerie et la vie personnelle du participant. Il doit être sensible au contenu émotif associé à l'imagerie de chaque participant et cibler ceux qui pourraient avoir besoin d'une aide plus soutenue suite au réveil d'un souvenir douloureux ou à une expérience potentiellement dérangeante au plan émotionnel. L'animateur doit alors rencontrer en individuel le participant concerné et lui offrir cette aide ou l'orienter vers une ressource extérieure, tel que prévu par les mesures déontologiques mises en place pour protéger les participants.

Collecte des données

La présente recherche vise à mesurer l'impact de l'activité d'imagerie guidée induite par la musique, telle qu'adaptée à un format plus court et en groupe, sur des variables associées au concept de santé mentale selon le modèle de Labelle et al. (2001). La collecte des données a donc pris la forme d'une évaluation de type prétest/posttest. Körlin et Wrangsjö (2002) mentionnent d'ailleurs quelques études outre la leur qui supportent l'adoption d'une approche quantitative avec mesures pré-post en imagerie

guidée induite par la musique. Malgré que certaines des mesures puissent varier assez rapidement, Goins (1998) n'a pu déceler de différence significative entre des procédures de mesure sommative et de mesure continue sur des variables similaires à celles présentement à l'étude, ce qui supporte le devis pré-post. Les membres du groupe expérimental ont été rencontrés quelques jours avant le début de l'activité, afin d'obtenir le consentement libre et éclairé et de remplir le premier questionnaire. Sauf une exception, cette rencontre a eu lieu dans le même local et environ à la même heure que les séances. Le deuxième questionnaire leur a été remis dès la fin de la huitième et dernière séance afin qu'ils puissent le remplir immédiatement sur place, comme dans l'étude de Körlin et Wrangsjö (2002). Lorsque ce fut impossible, les participants l'ont remplis et remis à l'expérimentateur dès le lendemain. Ce deuxième questionnaire est la répétition du premier, épuré des questions visant à établir l'expérience musicale et le profil socio-démographique des participants.

Pour les gens du groupe contrôle, la procédure était la même, à la différence qu'ils n'ont pas été exposés au traitement expérimental. Chacun devait donc remplir et remettre le premier questionnaire. Un deuxième rendez-vous, habituellement à la même plage horaire, à un intervalle de deux semaines, était fixé pour remplir de dernier questionnaire. Les questionnaires utilisés ont été les mêmes que ceux du groupe expérimental.

Afin de protéger l'anonymat des participants, dans le groupe expérimental comme dans le groupe contrôle, tous les questionnaires ont été numérotés. Le système de numérotation permet de reconnaître les questionnaires provenant du groupe expérimental et du groupe contrôle. Il est aussi possible par la numérotation de savoir s'il s'agit d'un prétest ou d'un posttest. Aucune identification subséquente n'est possible. Les questionnaires ont été entreposés sous clé, à un endroit différent de celui où ont été gardés les formulaires de consentement. Pour s'assurer que chaque participant ait bien repris le même numéro que celui qu'il a pigé au prétest, les personnes ont été invitées à inscrire leur nom sur une autre feuille à côté du numéro correspondant à leur questionnaire. Cette liste a par la suite été scellée jusqu'au posttest et n'a jamais été consultée par l'expérimentateur ni par quiconque ayant pu avoir accès aux questionnaires. Au posttest, les participants ont pu consulter la liste pour reprendre le même numéro de questionnaire. Dès la réception du deuxième questionnaire de tous les participants du groupe, la liste a été détruite. Toutes les données ont par la suite été saisies dans une banque de données sans références nominatives, rendant impossible l'identification des participants. De plus, afin d'assurer le bien-être des participants, chacun a été informé avant le début du processus de la possibilité de bénéficier d'aide psychologique s'il en manifestait le besoin. Enfin, le chercheur s'est assuré d'obtenir l'aval du comité d'éthique sur la recherche de l'U.Q.A.C. avant de procéder à toute expérimentation.

Le critère d'exclusion de l'analyse des données porte sur les prétests remplis par les participants ayant choisi de se retirer de l'activité avant la fin de la série de séances sans compléter le posttest, pour quelque raison que ce soit (manque d'intérêt, conflit d'horaire, etc.), ou encore par ceux qui ont participé à moins de quatre séances dans le groupe expérimental. Les données provenant des questionnaires incomplets ou de personnes ayant omis de remettre le prétest ou le posttest dûment rempli sont aussi exclues des analyses statistiques.

Plan de l'expérience

Le présent mémoire a utilisé un plan de recherche quasi-expérimental de type prétest-posttest avec groupe témoin non équivalent. Le faible volontariat menaçant l'atteinte de la grandeur d'échantillon visée et compte tenu de l'ampleur de la tâche demandée aux membres du groupe expérimental, ces derniers ont été recrutés explicitement pour participer à l'activité. Il n'y a donc pas eu d'assignation aléatoire. Un plus grand nombre de volontaires aurait pu permettre l'élaboration d'un groupe contrôle sous forme de liste d'attente avec assignation aléatoire, mais le nombre restreint de candidatures a écarté cette possibilité pour le présent mémoire.

Résultats

La prochaine section traite des résultats de l'analyse des données. Une première partie se penche sur l'analyse descriptive des résultats, notamment sur les données socio-démographiques. Une dernière partie porte sur la vérification statistique des hypothèses de recherche.

Analyses descriptives des résultats

Les participants n'ayant pas été assignés de façon aléatoire à l'une ou l'autre des conditions expérimentales, l'équivalence des deux groupes a dû être vérifiée. Un regroupement de participants a dû être effectué au préalable, afin de répondre au postulat du chi-carré mentionnant que le nombre de cellules pouvant contenir une valeur théorique inférieure à cinq ne peut dépasser 20%. Le statut social, le revenu, l'occupation et la scolarité ont donc été recodés de façon à obtenir deux catégories, puisque le petit nombre de participants ne permet pas de garder les valeurs d'origine. Après ces regroupements, une différence entre le groupe expérimental et le groupe contrôle apparaît au niveau du revenu : une plus grande proportion du groupe contrôle (23,8%) rapporte avoir un revenu annuel supérieur à 15 000$, alors qu'une telle situation ne s'observe pas chez le groupe expérimental. Les analyses de chi-carré révèlent qu'il n'y a pas de différence entre les groupes relativement au sexe, au statut conjugal, à la

scolarité, de même qu'au fait d'avoir suivi une thérapie ou d'avoir vécu un événement stressant ou non. Cependant, une différence est observée en ce qui a trait à leur occupation ($\chi 2$ (1, N=41) = 4,02, p<0,05). En effet, les individus du groupe expérimental sont plus nombreux à être aux études à temps plein (95 %) que les individus du groupe contrôle (71,4 %). En plus de ces différences, il en est une autre entre le groupe expérimental et le groupe contrôle : la familiarité musicale, l'expérience musicale et le niveau d'exposition à la musique sont toutes plus importantes chez le groupe contrôle que chez le groupe expérimental.

Des tests-*t* ont ensuite été menés afin de déceler d'autres différences éventuelles du point de vue des caractéristiques socio-démographiques ou encore du point de vue des variables à l'étude au prétest. Ces derniers révèlent qu'il n'y a pas de différence d'âge entre les deux groupes (t(37) = 0,79, *n.s.*). En effet l'âge du groupe témoin (*M*=25,38; *ÉT* = 7,10) ne diffère pas significativement de celle du groupe expérimental (*M*=23,83; *ÉT* =4,76). Afin de vérifier la pertinence de contrôler l'impact des variables socio-démographiques dans les analyses subséquentes, des analyses de corrélations ont été effectuées entre toutes les caractéristiques des participants et les variables dépendantes (anxiété, stress, symptômes dépressifs, estime, actualisation de soi). Les corrélations se sont toutes avérées non-significatives et elles varient de –0,26 à 0,21. Ces résultats démontrent qu'il n'est pas nécessaire de contrôler l'impact des variables socio-démographiques pour la suite des analyses.

En ce qui concerne les résultats aux différentes échelles de mesure au premier temps, les deux groupes ne diffèrent pas significativement, ce qui permet d'affirmer que les groupes sont équivalents au début de l'expérimentation. Les résultats des tests-*t* (tous non significatifs) figurent au Tableau 4.

Vérification statistique des hypothèses de recherche

Avant de procéder à la comparaison entre les résultats aux deux temps chez les deux groupes, le postulat de normalité a été vérifié grâce à un test de Shapiro-Wilks pour chacune des variables dépendantes au prétest et au posttest. Les résultats de ce test démontrent que toutes les échelles se distribuent normalement. L'éventualité d'un lien entre les variables à l'étude a ensuite été vérifié à l'aide d'un calcul des coefficients de corrélation de Pearson entre ces variables. Présentés au Tableau 5, les résultats des analyses corrélationnelles démontrent de forts liens entre les variables à l'étude, ce qui suggère l'importance de tenir compte de ces liens dans les analyses subséquentes. Ainsi, une seule analyse a été conduite afin de vérifier les cinq hypothèses de recherche, selon lesquelles il y aura un plus grand changement sur les variables à l'étude après le traitement chez les individus du groupe expérimental. Les résultats de cette analyse de variance multivariée à mesures répétées révèlent l'absence d'un effet global Groupe X Temps ($F(5,35) = 0,68$, *n.s.*) et d'un effet global du groupe ($F(5,35) = 0,93$, *n.s.*). Ces résultats suggèrent que les changements observés entre le prétest et le posttest ne sont pas plus grands chez les individus ayant assisté à l'atelier sur la musique, puisque

Tableau 4

Comparaison des moyennes des groupes contrôle et expérimental sur les variables à l'étude au premier temps

	Contrôle (*n*=21)		Expérimental (*n*=20)		
Variables	*M*	*ÉT*	*M*	*ÉT*	*t(39)*
Anxiété situationnelle	40,38	7,81	45,35	9,26	1,86 *n.s.*
Anxiété de trait	39,48	8,67	43,65	10,52	1,39 *n.s.*
Estime de soi	32,29	4,50	31,00	5,04	0,86 *n.s.*
Actualisation du potentiel	3,66	0,33	3,61	0,31	0,50 *n.s.*
Stress psychologique	86,19	17,85	98,95	40,48	1,30 *n.s.*
Symptômes dépressifs	14,05	7,42	20,05	14,22	1,68 *n.s.*

Tableau 5

Coefficients de corrélation de Pearson sur les cinq variables à l'étude

aux deux temps de mesure

	Anxiété T1	Anxiété T2	Estime T1	Estime T2	MAP T1	MAP T2	MSP T1	MSP T2	CESD T1	CESD T2
Anxiété T1	X									
Anxiété T2	0,744***	X								
Estime T1	0,698***	0,717***	X							
Estime T2	0,723***	0,836***	0,854***	X						
MAP T1	-0,704***	-0,542***	-0,676***	-0,611***	X					
MAP T2	-0,639***	-0,719***	-0,657***	-0,724***	0,734***	X				
MSP T1	0,733***	0,471**	0,522***	0,477**	0,540***	-0,410**	X			
MSP T2	0,522***	0,627***	0,543***	0,496**	-0,338*	-0,394*	0,702***	X		
CESD T1	0,835***	0,609***	0,583***	0,617***	-0,601***	-0,550***	0,787***	0,577***	X	
CESD T2	0,632***	0,782***	0,631***	0,707***	-0,422**	-0,607***	0,558***	0,721***	0,760***	X

* *p*< 0,05. ** *p*< 0,01. *** *p*< 0,001.

l'interaction du groupe et du temps n'est pas significative. Ce résultat infirme donc les cinq hypothèses de recherche. Cependant, il importe de mentionner que la puissance statistique de cette analyse demeure faible (0,22), étant donné le petit nombre de participants. Une grande prudence est donc de mise dans l'interprétation de ce résultat.

Toutefois, l'effet global du temps s'avère significatif ($F(5,35) = 2{,}83$, $p < 0{,}05$). Le Tableau 6 et les figures 1 à 5 présentent les résultats pour chacune des variables et indiquent qu'une différence de moyennes est observée entre le prétest et le posttest sur l'anxiété situationnelle, le stress psychologique et les symptômes dépressifs. Ainsi, indépendamment du traitement, il y a une diminution significative des indices de stress, d'anxiété et de dépression entre les deux passations. La puissance statistique de cette analyse s'approche du seuil habituellement recommandé, en atteignant 0,773.

Afin de tester les hypothèses de recherche d'une autre manière, des scores de différence ont été calculés en soustrayant le score au pré-test du score au post-test pour chaque échelle de mesure. Une analyse de variance multivariée selon le groupe a été conduite sur les cinq scores de différence. L'effet multivarié du groupe (contrôle vs expérimental) s'est avéré non-significatif ($F(5,35)$ 0,68, *n.s.*). De plus, les résultats des analyses univariées, présentées au Tableau 7, ne révèlent aucune différence significative entre les deux groupes. Ainsi les hypothèses de recherche sont infirmées. Cependant, encore ici, la puissance statistique demeure très faible (0,29) compte tenu de la petite taille de l'échantillon, ce qui réduit le pouvoir prédictif de ces résultats.

Tableau 6

Analyses de variance à mesures répétées sur les cinq variables à l'étude en fonction du groupe

Variables	Temps 1		Temps 2		Groupe X Temps	Groupe	Temps
	M	*ET*	*M*	*ET*	$F(1,39)$	$F(1,39)$	$F(1,39)$
Anxiété situationnelle					1,56	2,19	9,92**
Gr. Contrôle	40,38	7,81	38,52	7,48			
Gr. Expérimental	45,35	9,26	41,05	10,04			
Estime de soi					0,10	1,02	3,83
Gr. Contrôle	32,29	4,50	33,19	4,72			
Gr. Expérimental	31,00	5,04	31,65	4,27			
Actualisation du potentiel					1,535	0,00	1,94
Gr. Contrôle	3,66	0,33	3,66	0,33			
Gr. Expérimental	3,61	0,31	3,70	0,31			
Stress psychologique					0,60	1,55	11,58**
Gr. Contrôle	86,19	17,85	76,90	18,28			
Gr. Expérimental	98,95	40,48	84,20	30,58			
Symptômes dépressifs					2,33	1,84	6,70*
Gr. Contrôle	14,05	7,42	12,81	8,50			
Gr. expérimental	20,05	14,22	15,25	11,33			

*$p < 0,05$. **$p < 0,01$.

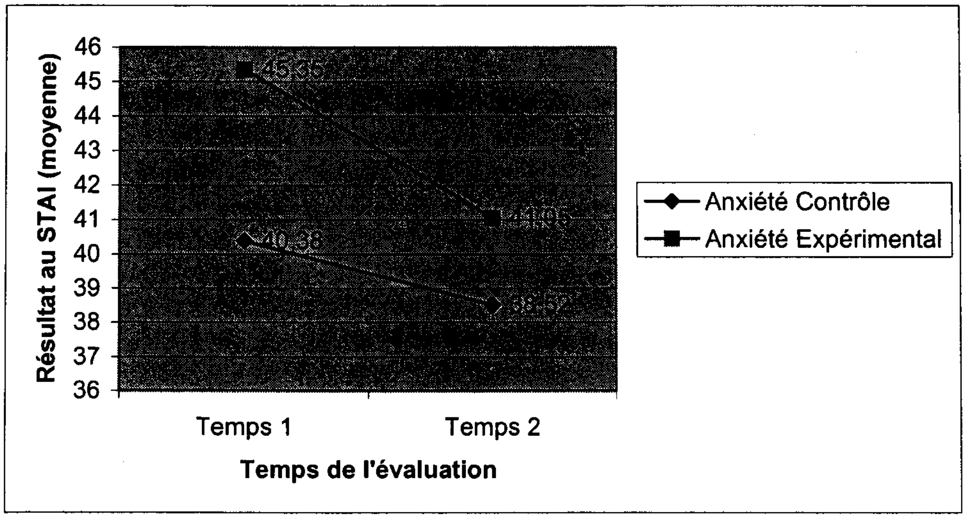


Figure 1. Évolution de l'anxiété entre le prétest et le posttest chez les groupes expérimental et contrôle.

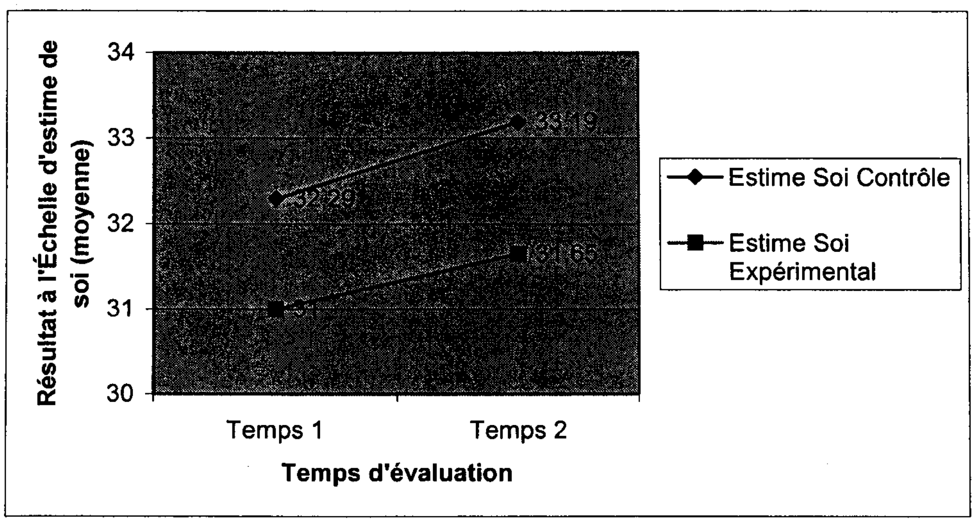


Figure 2. Évolution de l'estime de soi entre le prétest et le posttest chez les groupes expérimental et contrôle.

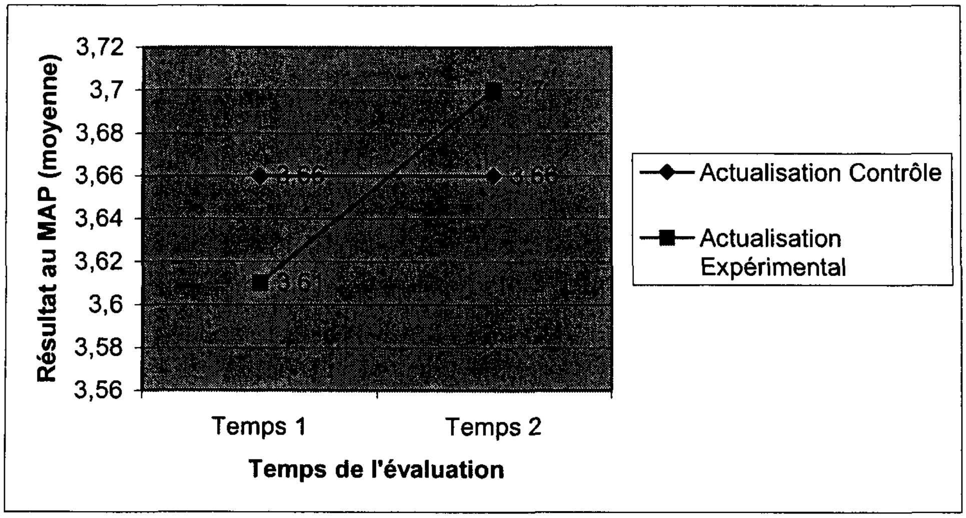


Figure 3. Évolution de l'actualisation du potentiel entre le prétest et le posttest chez les groupes expérimental et contrôle.

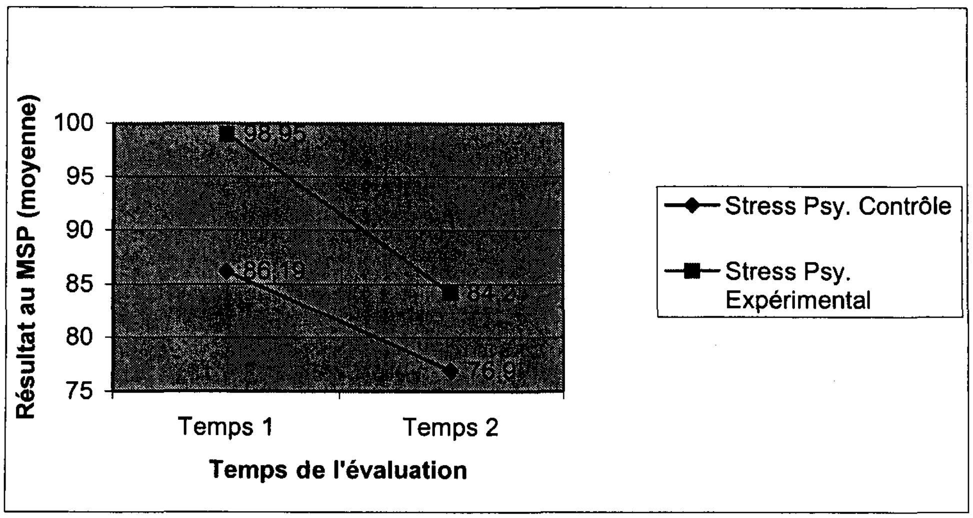


Figure 4. Évolution du stress psychologique entre le prétest et le posttest chez les groupes expérimental et contrôle.

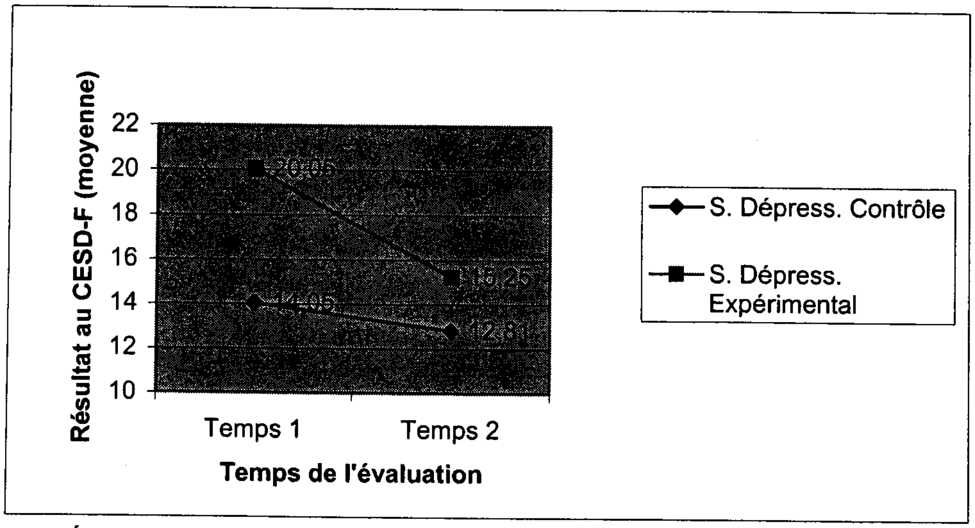


Figure 5. Évolution des symptômes dépressifs entre le prétest et le posttest chez les groupes expérimental et contrôle.

Tableau 7
Comparaison des moyennes des groupes contrôle et expérimental sur scores de différence (prétest et posttest) des échelles de mesure

	Contrôle ($n = 21$)		Expérimental ($n = 20$)		
Variables	*M*	*ÉT*	*M*	*ÉT*	*F*
Différence d'anxiété situationnelle	-1,86	2,57	-4,30	8,57	1,56
Différence d'estime de soi	0,90	1,79	0,65	3,15	0,10
Différence d'actualisation du potentiel	0,01	0,15	0,09	0,29	1,54
Différence de stress psychologique	-9,29	13,29	-14,75	29,38	0,60
Différence de symptômes dépressifs	-1,24	5,38	-4,80	9,16	2,33

Comme il s'agit d'une étude exploratoire, des analyses de variance univariées à mesures répétées ont été conduites séparément pour les deux groupes sur les cinq variables à l'étude.

Chez les individus du groupe expérimental, des différences significatives entre les deux passations sont observées sur les variables suivantes : l'anxiété situationnelle ($F(1,19) = 5{,}04$, $p < 0{,}05$), les symptômes dépressifs ($F(1,19) = 5{,}49$, $p < 0{,}05$) et le stress psychologique ($F(1,19) = 5{,}04$, $p < 0{,}05$) sont plus faibles au post-test. Dans le cas du groupe contrôle, les résultats révèlent que l'anxiété situationnelle a diminué

($F(1,20) = 10,93$, $p < 0,01$), l'estime de soi a augmenté ($F(1,20) = 5,39$, $p < 0,05$) alors que le stress psychologique a diminué ($F(1,20) = 10,25$, $p < 0,01$). Ces résultats sont repris dans les figures 6 à 10, où une tendance se trouve mise en relief : malgré le fait que les différences entre les groupes ne soient pas statistiquement significatifs, l'ampleur de la diminution (ou de l'augmentation, selon le cas) semble plus importante chez les participants du groupe expérimental que chez ceux du groupe contrôle, à l'exception toutefois de l'estime de soi, qui affiche une augmentation moindre chez le groupe expérimental que chez le groupe contrôle.

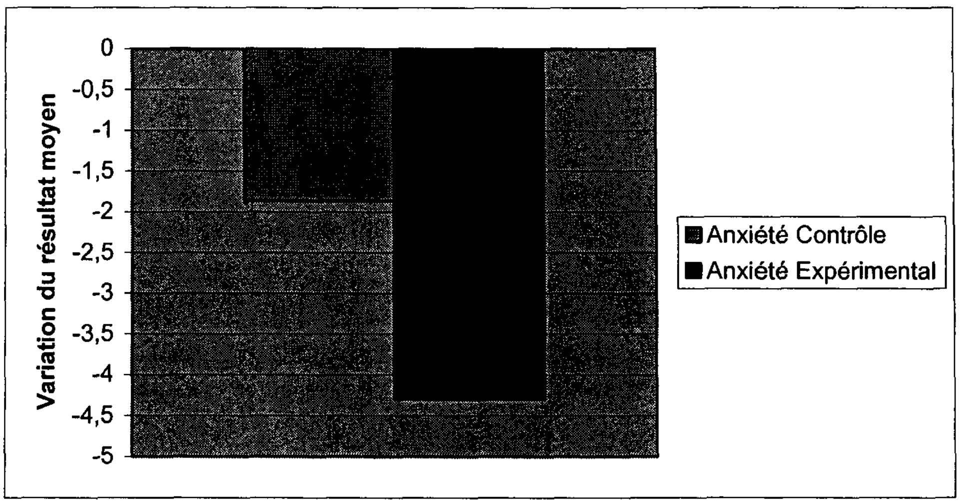


Figure 6. Comparaison des moyennes des groupes contrôle et expérimental sur les scores de différence (prétest-posttest) au niveau de l'anxiété (STAI-Y).

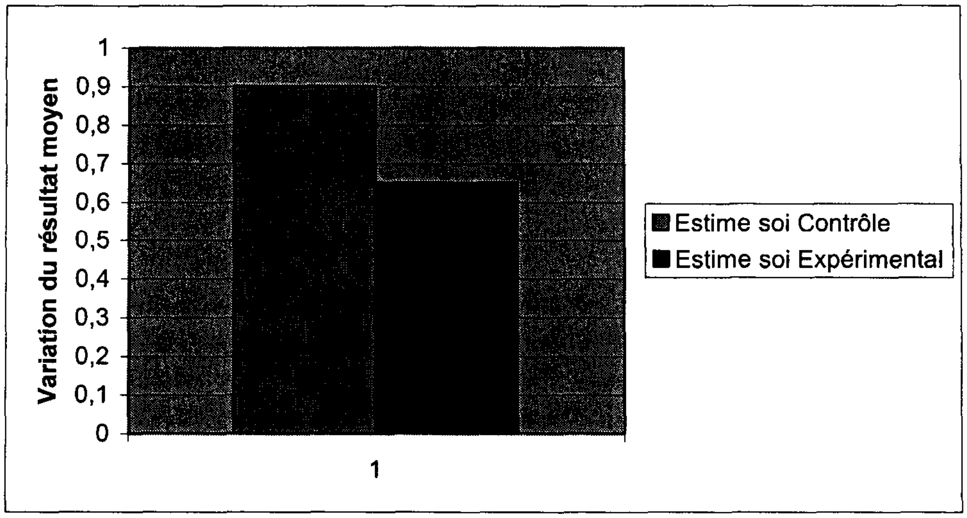


Figure 7. Comparaison des moyennes des groupes contrôle et expérimental sur les scores de différence (prétest-posttest) au niveau de l'estime de soi (Échelle d'estime de soi).

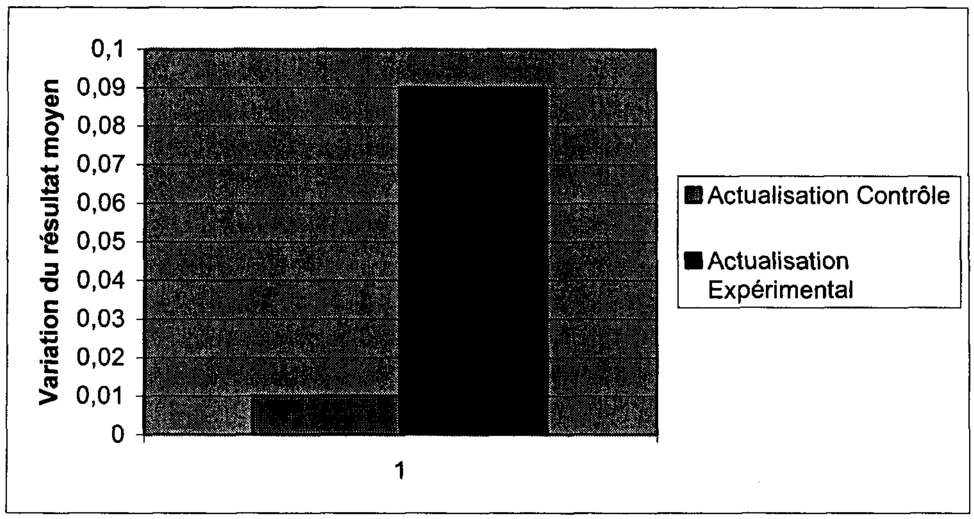


Figure 8. Comparaison des moyennes des groupes contrôle et expérimental sur les scores de différence (prétest-posttest) au niveau de l'actualisation du potentiel (MAP).

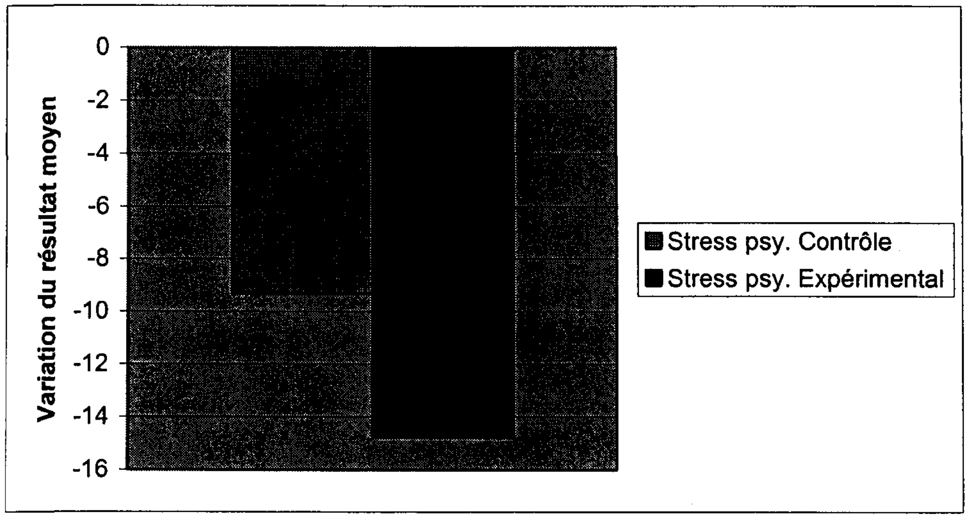


Figure 9. Comparaison des moyennes des groupes contrôle et expérimental sur les scores de différence (prétest-posttest) au niveau du stress psychologique (MSP).

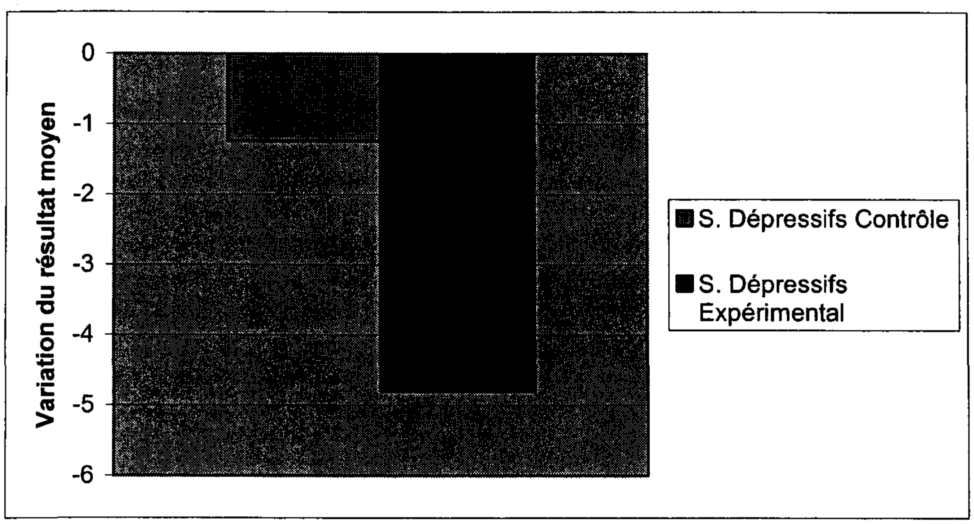


Figure 10. Comparaison des moyennes des groupes contrôle et expérimental sur les scores de différence (prétest-posttest) au niveau des symptômes dépressifs (CESD-F).

Discussion

Cette section se veut un approfondissement des résultats obtenus. Elle présente d'abord un bref rappel des objectifs et hypothèses de la recherche. Les résultats sont par la suite résumés et discutés de façon plus approfondie, puis considérés à la lumière des autres travaux consultés. Une partie subséquente porte sur les forces et faiblesses de la présente recherche. Enfin, les conséquences et retombées possibles, notamment les orientations proposées pour de futures recherches sur le sujet, sont discutées.

Rappel des objectifs et hypothèses

La présente recherche s'intéresse au rôle et aux effets que la musique se voit attribuer de plus en plus dans une démarche visant à promouvoir ou à rétablir la santé mentale d'individus (Bruscia, 1998; Bunt, & Pavlicevic, 2003; Goins, 1998; Lai, 1999; Pavlicevic, 1996; Trimble, 1971). Dans cette optique, effectuer une recension des écrits relativement complète constitue une nécessité, les résultats devant guider la poursuite de l'objectif principal. Ce dernier est l'élaboration d'un programme de musicothérapie réceptive adapté à une population adulte normale. Pour ce faire, une adaptation de la méthode d'imagerie guidée induite par la musique (GIM) à un format plus intensif et plus court a été réalisée. L'activité était destinée à se vivre dans un contexte de groupe restreint. Une fois cet atelier conçu, l'objectif est de procéder à une première expérimentation empirique vérifiant ses effets sur des indicateurs positifs et négatifs de santé mentale. De par les innovations qu'elle propose et le peu de recherches

documentées sur l'approche en groupe (outre celle de Skaggs, 1997), cette recherche relève du domaine exploratoire.

À la lumière des résultats, il est possible d'affirmer que plusieurs de ces objectifs ont été atteints. En effet, la recension des écrits propose une synthèse d'un grand nombre d'informations sur la musicothérapie, l'imagerie guidée induite par la musique, ainsi que sur une conception de la santé mentale. Ensuite, l'atelier conçu s'avère être tout à fait fonctionnel, malgré plusieurs adaptations à la version traditionnelle de l'imagerie guidée induite par la musique. Une première évaluation empirique a aussi été réalisée.

La présence d'un bon support de recherche quant à des effets bénéfiques de cette technique sur des indicateurs de santé mentale combinée à sa popularité grandissante dans différents contextes cliniques (surtout dans sa version individuelle) pouvaient laisser présumer dans le présent cas un effet bénéfique sur les indicateurs de santé mentale, malgré les adaptations réalisées. En outre, les principes méthodologiques de base en vigueur en imagerie guidée induite par la musique ont été respectés, permettant ainsi d'envisager la conservation des qualités thérapeutiques de l'activité. Les hypothèses de recherche vont donc dans le sens d'un effet bénéfique de l'atelier sur les indicateurs de santé mentale, supposant une diminution de l'intensité des indicateurs négatifs de santé mentale et une augmentation du niveau des indicateurs positifs et ce,

d'une façon plus marquée chez les participants que chez les non-participants. Chacun de ces aspects est couvert par une hypothèse distincte.

Rappel et discussion des résultats

Les résultats de l'analyse multivariée laissent voir une amélioration substantielle de la santé mentale chez les participants, qui se traduit par une diminution de l'intensité des indicateurs négatifs de santé mentale (anxiété, stress psychologique et symptômes dépressifs), bien que les indicateurs positifs (estime de soi et actualisation du potentiel) demeurent stables. Toutefois, les membres du groupe contrôle, non exposés à l'activité, affichent eux aussi une amélioration. Les résultats obtenus ne permettent pas de déceler une amélioration significativement plus grande chez les participants. Il n'est alors pas possible de conclure, à la lumière des présents résultats, que le traitement tel qu'appliqué entraîne des effets bénéfiques sur les indicateurs de santé mentale supérieurs à ceux que le facteur temps par lui-même peut entraîner. Cependant, malgré que le seuil de signification statistique ne soit pas franchi, les résultats laissent voir une tendance à des changements plus marqués chez les participants du groupe expérimental sur certaines variables, notamment l'anxiété situationnelle, le stress psychologique et les symptômes dépressifs. L'analyse de ces résultats soulève donc plusieurs points à approfondir : l'amélioration des indicateurs de santé mentale constatée chez les membres du groupe contrôle, ainsi que des changements plus faibles que prévu au niveau des variables de santé mentale des membres du groupe expérimental.

Facteurs pouvant expliquer l'amélioration chez les membres du groupe contrôle

L'amélioration substantielle constatée chez les membres du groupe contrôle recommande une certaine prudence face au risque d'erreur de type II, soit de statuer que le traitement n'entraîne pas d'effets alors qu'il le fait. Il convient donc d'examiner de plus près ces facteurs pouvant expliquer l'amélioration de certains indicateurs de santé mentale dans le groupe contrôle. Il s'agit de facteurs situationnels extérieurs au contexte de l'expérimentation, ainsi que de facteurs pouvant être reliés à la méthodologie employée dans la présente étude.

Facteurs situationnels. Il faut rappeler que certains indices de santé mentale, même s'ils démontrent une certaine stabilité, peuvent être sensibles à des éléments situationnels (Labelle et al., 2001). En effet, ces auteurs affirment que les indicateurs de détresse psychologique affichent une certaine variabilité dans le temps, alors que les indicateurs plus cognitifs de bien-être (l'estime de soi ou de l'actualisation du potentiel) sont plus stables. C'est exactement ce que les résultats de la présente recherche laissent voir : les indicateurs de bien-être psychologique n'ont que très peu bougé, tandis que des changements plus importants sont apparus au niveau des indicateurs de détresse psychologique. Cette situation pouvait être attendue, compte tenu de la mise en garde de Labelle et al. (2001) selon laquelle les indicateurs positifs de santé mentale sont plus durables, moins sensibles à des éléments situationnels. Toutefois, la question demeure à

savoir quels sont les facteurs responsables de la réduction de la détresse psychologique chez le groupe contrôle.

Puisque l'échantillon se compose en grande majorité d'étudiants, certains facteurs présents dans la vie des étudiants universitaires peuvent exercer une influence sur les variables de santé mentale. Par exemple, l'approche des dates butoir pour la remise de travaux ou encore l'arrivée des périodes d'examen peuvent être des événements anxiogènes auxquelles est souvent associée une augmentation de l'intensité des variables négatives de santé mentale. Ce fait concorderait avec les observations de Zaleski (1993), pour qui un accroissement de l'anxiété peut survenir plus fréquemment chez une personne appréhendant un événement ou une conséquence défavorable, cet accroissement pouvant se résorber une fois l'événement passé ou évité.

Ces facteurs situationnels ont été mieux contrôlés pour les participants à l'activité d'imagerie que pour le groupe contrôle. Le faible volontariat au recrutement ainsi que les contraintes de temps associées au calendrier académique expliquent la difficulté d'exercer tous les contrôles souhaitables pour le groupe témoin. Ainsi, il est possible que les changements (prétest-posttest) puissent être davantage attribuables à des facteurs de stress (période d'examens ou de remise de travaux). D'ailleurs en observant de plus près le calendrier de la cueillette des données pour le groupe contrôle, on s'aperçoit que les mesures des variables dépendantes ont effectivement été faites la plupart du temps très près de période d'évaluations académiques, ce qui augmente la probabilité que le

prétest ait eu lieu avant un tel événement et le posttest juste après. Ce n'est pas le cas du groupe expérimental. Cet élément peut contribuer à justifier une plus faible considération pour les résultats du groupe contrôle dans l'évaluation de l'impact de l'atelier.

Facteurs personnels. Les personnes ayant participé à l'étude étaient toutes volontaires. Les membres du groupe contrôle étaient au courant du fait que l'étude porte sur la musicothérapie, même s'ils n'étaient pas appelés à participer à l'atelier. Il est donc possible que ces personnes ayant répondu à l'appel soient celles démontrant un intérêt plus développé à la musique. Il est d'ailleurs apparent que ces volontaires ont une bonne expérience musicale et sont relativement très exposés à la musique. Il est donc possible qu'ils bénéficient d'effets positifs issus d'autres activités où la musique est présente et/ou de l'exposition soutenue à la musique. Ce détail pourrait concorder avec les affirmations de Lai (1999), selon lesquelles la simple écoute de musique peut entraîner des effets confortants et guérisseurs aux niveaux physiologique et psychologique. Seule une étude approfondie de l'influence de l'expérience musicale antérieure ou concomitante pourrait offrir des réponses à ces questions. Pour l'instant, la relation entre l'expérience musicale et l'impact du programme à l'étude demeure hypothétique. En effet, la faible taille de l'échantillon ne permet pas de soumettre ce questionnement aux analyses statistiques. Toutefois, à l'œil, on peut dire que les participants du groupe contrôle étaient plus nombreux à maîtriser au moins un instrument de musique que dans le groupe expérimental. Les membres du groupe contrôle étaient aussi plus nombreux à

afficher une consommation musicale et une écoute hebdomadaire de musique plus importantes que dans le groupe expérimental. Ces facteurs laissent entrevoir une plus grande exposition musicale qui, elle, pourrait influer sur les indicateurs positifs et négatifs de santé mentale.

Un autre facteur peut avoir influé sur les résultats : la mortalité expérimentale. Celle-ci s'établit à 19,2 % dans le groupe contrôle. Il est donc possible que les personnes ayant complété le posttest soient celles démontrant une motivation et un intérêt plus marqué pour l'activité et que cette caractéristique joue sur les variables mesurées.

Facteurs méthodologiques. Des facteurs d'ordre méthodologique pourraient aussi expliquer l'évolution constatée chez le groupe contrôle. Certaines différences dans la cueillette des données auprès des groupes contrôle et expérimental sont notables. D'abord, les dates de l'évaluation n'ont pas été les mêmes pour le groupe expérimental que pour le groupe contrôle. Par souci d'uniformité, il était souhaitable que ce soit la même personne qui effectue toute la collecte des données. De plus, toutes les personnes ayant répondu au questionnaire devaient le faire autant que possible au même moment de la journée, soit entre 11h00 et 13h00, ce qui constituait la même période où avaient lieu les séances d'imagerie. Comme l'animateur même des ateliers était responsable de la collecte des données, il était impossible de rencontrer au même moment les membres du groupe contrôle. La probabilité que des facteurs situationnels différents aient pu

jouer sur les résultats est donc augmentée. Toutefois, le fait que bien des étudiants au niveau du baccalauréat aient des horaires différents rend le contrôle de ce facteur particulièrement difficile.

Un autre facteur à prendre en compte est la faible puissance statistique. La constitution d'un échantillon suffisamment grand pour l'atteinte d'un haut niveau de puissance statistique s'avérait très difficile, compte tenu des divers problèmes rencontrés lors du recrutement et de la cueillette des données. En effet, le volontariat a été plus faible qu'escompté, ce qui a rendu difficile la constitution d'un échantillon de plus grande taille. De plus, les abandons en cours de route (29,4 % des participants, groupes expérimental et contrôle confondus) ont contribué à réduire la taille du groupe contrôle comme du groupe expérimental. Les contraintes de temps associées au calendrier universitaire et au temps imparti à la réalisation du mémoire de maîtrise ont aussi contribué à limiter la cueillette de données à un échantillon plus petit, réduisant du même coup la puissance statistique. Aussi, considérant le caractère exploratoire de la recherche il a été décidé de procéder quand même aux analyses statistiques. Le risque que les résultats obtenus puissent être influencés par une minorité de participants est alors plus grand, réduisant ainsi le pouvoir prédictif des résultats. Il est donc possible de penser qu'un plus grand nombre de participants pourrait laisser voir des différences inter-groupes significatives. Compte tenu de la diversité des analyses effectuées, la puissance statistique a été calculée pour chaque analyse. Elle s'établit à 0,22 pour la mesure d'une différence intergroupe de l'évolution dans le temps et à 0,29 pour

l'analyse de l'effet d'interaction du groupe, ce qui est très faible. Cependant, pour ce qui est de l'analyse de l'effet du temps lui-même, la puissance statistique atteint 0,773.

Facteurs pouvant expliquer les faibles résultats du groupe expérimental

Les résultats obtenus auprès du groupe expérimental portent aussi à un questionnement. En effet, la grande majorité des travaux recensés dans le présent mémoire font état de résultats positifs marqués sur les divers indicateurs de santé mentale, alors que l'évaluation faite ici ne permet pas la détection aussi claire d'un tel effet. Plusieurs hypothèses explicatives peuvent être envisagées : d'abord, l'éventualité d'une influence d'éléments méthodologiques sur les résultats, puis la présence de différences méthodologiques avec les autres travaux de recherche, ainsi que l'influence possible de caractéristiques personnelles des participants. Enfin, les objectifs des séances basés sur les trois niveaux de travail de l'imagerie introduits par Summer (2002) et le lien des participants à l'animateur peuvent être examinés de plus près.

Éléments méthodologiques auprès du groupe expérimental. Un des principaux éléments méthodologiques est le nombre de participants. Il est possible, vu la taille restreinte de l'échantillon, que les résultats ne reflètent que partiellement la réalité de la population. Cette possibilité est d'ailleurs amenée implicitement par Sloboda (1996), qui souligne la grande variabilité entre les individus quant à l'impact émotionnel de la musique. Il mentionne aussi que cette variabilité s'observe également chez un même individu dans

le temps. De plus, comme le soulignent Meyer (2003) ainsi que Sloboda et Juslin (2003), une grande partie du contenu émotionnel évoqué par un extrait musical dépend des sources associatives d'émotion dans la musique, selon lesquelles l'auditeur attribue une « couleur émotionnelle » à l'extrait. Cette couleur peut alors être influencée par le vécu et le contexte dans lequel cet auditeur se trouve (sources associatives extrinsèques), ce qui ajoute à la variabilité de l'impact émotionnel de la musique chez chaque individu. Un plus grand nombre de participants aurait été nécessaire afin de dégager une tendance plus nette dans les analyses multivariées. Les résultats des analyses de variance univariées, menées à titre exploratoire, font apparaître des différences significatives prétest-posttest pour le groupe expérimental sur l'anxiété situationnelle, sur les symptômes dépressifs et sur le stress psychologique, tous plus faibles au post-test.

Cependant, ces mêmes analyses ne révèlent aucun changement statistiquement significatif au niveau des indicateurs de bien-être psychologique (estime de soi et actualisation du potentiel). Cette absence d'effet pourrait s'expliquer en partie par la disposition intensive des séances. Comme mentionné précédemment, Labelle et al. (2001) précisent que ces éléments du modèle multifactoriel de santé mentale sont plus durables, donc plus difficilement modifiables par des facteurs situationnels ou par une intervention. Les écrits de Carmines (1982) viennent appuyer cette affirmation en ce qui a trait à l'estime de soi. Le fait que les séances de l'atelier soient réparties sur une période de 11 jours laisse peu de temps pour l'intégration des prises de conscience et autres contenus pouvant émerger en cours de processus. Il est donc possible, puisque ces

variables prennent plus de temps à changer, que le format d'intervention adopté puisse expliquer l'absence d'un effet mesurable par les outils utilisés. Il serait envisageable que l'atteinte de résultats plus significatifs sur ces indicateurs de bien-être psychologique puisse nécessiter une plus longue intervention, que ce soit par l'espacement des séances ou encore par l'ajout pur et simple d'autres séances ou même par la combinaison de ces deux éléments.

Différences méthodologiques entre les autres travaux et la présente recherche. La plupart des écrits recensés font état d'effets bénéfiques de la technique GIM sur des indicateurs de santé mentale. Les résultats obtenus ici, lorsque l'on ne considère qu'une variable à la fois pour le groupe expérimental, affichent aussi une baisse. C'est le cas notamment de l'anxiété, ce qui peut s'inscrire dans la lignée des travaux de plusieurs auteurs ayant évalué l'impact de la technique GIM sur l'anxiété (Blake, & Bishop, 1994; Hammer, 1996; Maack, & Nolan, 1999; McKinney et al., 1997; Wrangsjö, & Körlin, 1995). La baisse constatée ici est cependant beaucoup plus modeste que dans ces travaux. Il en va de même pour l'ampleur des symptômes dépressifs, dont la diminution a été observée dans d'autres protocoles expérimentaux (Burns, 2001; McKinney et al., 1997; Wrangsjö, & Körlin, 1995). Il semble cependant difficile de comparer la baisse constatée au niveau du stress psychologique avec d'autres travaux sur la technique GIM, compte tenu du fait que la MSP (Mesure de stress psychologique) soit peu connue dans les milieux anglophones. Ainsi, même si Hammer (1996) mentionne une baisse au niveau du stress chez ses participants, sa conception du stress s'apparentant plus à

l'anxiété qu'à celle retenue par Lemyre, Tessier et Fillion (1990), auteurs de la Mesure du stress psychologique. D'ailleurs, le fait que la MSP n'ait pas encore été utilisée dans un protocole employant l'imagerie induite par la musique limite quelque peu les possibilités de comparaisons avec d'autres recherches, quant à l'impact de la présente activité sur le stress psychologique.

Une autre différence entre les résultats du présent mémoire et les résultats d'autres travaux concerne les autres indicateurs du modèle, les indices de bien-être psychologique. En effet, ces indices de bien-être psychologique ne semblent pas avoir varié entre le début et la fin de l'activité. Cette observation va donc à l'encontre des travaux rapportant une amélioration de l'estime de soi (Clark, 1996; Körlin, & Wrangsjö, 2002; Weiss, 1994) et de l'actualisation du potentiel (Körlin, & Wrangsjö, 2002; Maack, & Nolan, 1999). Comme le mentionnent Labelle et al. (2001), de même que Carmines (1982), ces variables prennent plus de temps à changer. Il est donc possible que ce soit le caractère bref de l'activité qui puisse expliquer cette absence d'effet mesurable par les outils utilisés. En effet, dans les travaux affichant une nette évolution à cet égard, les participants ont été rencontrés sur une plus longue période, allant d'un minimum de huit semaines à parfois jusqu'à 124 semaines (Burns, 2001; Hammer, 1996; Körlin, & Wrangsjö, 2002; Maack, & Nolan, 1999; McKinney et al., 1997; Nolan, 1983). De plus, il s'agissait alors de séances beaucoup plus longues, plus apparentées au format traditionnel de l'imagerie guidée induite par la musique. Ces précisions méthodologiques contrastent avec le format plus intensif des séances sur une

période de deux semaines employé ici. Il est alors possible et même probable, pour reprendre les termes de Summer (2002), que le travail en groupe soit demeuré au niveau supportif sans atteindre les niveaux rééducatifs et reconstructifs. Ces niveaux auraient vraisemblablement exigé une exposition plus soutenue que les deux semaines du traitement. De toute évidence, il faudra considérer d'autres formats quant au nombre et à l'agencement des séances dans les recherches futures.

D'autres différences concernent le devis de recherche : McKinney et al. (1997) ont déjà fait remarquer que peu d'études utilisant un devis quasi-expérimental ont été réalisées sur l'imagerie mentale induite par la musique. Plusieurs travaux sur le sujet ont opté pour une approche de type étude de cas plutôt que pour un devis quasi-expérimental avec groupe contrôle (Bruscia, 1996b; Clark, 1996; Moffitt, 1996; Nolan, 1983; Pickett, 1996). Il se peut que cette approche ait permis, malgré qu'elle se centre sur un seul participant, de rendre compte de variations plus subtiles en cours de processus, pouvant échapper aux outils utilisés dans le présent mémoire. Lors d'autres travaux, l'évaluation de l'impact s'est effectuée auprès d'un groupe expérimental seul, sans groupe contrôle (Körlin, & Wrangsjö, 2002). Cette façon de faire peut rendre difficile l'évaluation de l'impact du facteur temps dans les résultats observés. Toutefois, puisque la majorité des études antérieures ont été réalisées sans l'utilisation d'un groupe-témoin, il devient pertinent de s'attarder un peu plus aux résultats du groupe expérimental seul afin de les comparer à ceux obtenus par les autres chercheurs. En traitant les données de cette façon, les résultats de la présente étude supportent ceux de Bonny (1989), Blake et

Bishop (1994), Burns (2001), Hammer (1996), Maack et Nolan (1999), McKinney et al. (1997), ainsi que de Wrangsjö et Körlin (1995), qui affirment que le traitement peut avoir un effet bénéfique sur l'anxiété, les symptômes dépressifs, ainsi que le stress.

Enfin, il est difficile d'effectuer une comparaison des résultats du présent travail avec ceux obtenus par Osbourne (1981), qui avance que le fait d'être musicien n'a que très peu d'influence sur la participation à un atelier de musicothérapie et sur les effets de celui-ci. Le fait que la majorité des membres du groupe expérimental ait une grande expérience (plusieurs maîtrisant plus d'un instrument de musique) combiné à la faible taille de l'échantillon ne permet pas la comparaison des musiciens aux non-musiciens à l'intérieur du groupe expérimental. Cet aspect sera repris plus loin dans ce chapitre.

Les résultats concluants des autres travaux peuvent aussi être dus à des différences dans la modalité d'application du traitement. La recension des écrits n'a pas permis de trouver un protocole où la disposition des séances était intensive, comme c'est le cas ici. Les formats d'une seule séance par semaine ou d'une séance aux deux semaines semblent plus populaires (Burns, 2001; Hammer, 1996; Körlin, & Wrangsjö, 2002; McKinney et al., 1997) et les protocoles dépassent rarement cette fréquence, à part lorsqu'ils sont tenus en milieu psychiatrique fermé (Nolan, 1983). De plus, l'atelier conçu ici diffère des autres par la durée plus courte des séances, par les séquences musicales utilisées, ainsi que par le déroulement plus libre des partages lors du postlude.

Il est donc possible que la méthodologie proposée ici mène à des résultats plus modestes que celles utilisées dans les autres travaux sur l'imagerie induite par la musique. Il est aussi possible que l'emploi d'autres outils d'évaluation ait pu permettre l'observation de tendances plus marquées quant à l'efficacité du traitement. L'expérience est à répéter, ne serait-ce que pour accumuler plus de données et permettre ainsi des comparaisons plus solides quant à l'impact réel de l'activité.

Caractéristiques personnelles des participants. La relative faiblesse des tendances observées pourrait trouver une ébauche d'explication dans les dispositions personnelles des participants face à l'activité d'imagerie. En effet, selon le prétest, il apparaît que bon nombre des participants sont déjà fortement exposés à la musique. Une grande proportion (40%) mentionne même écouter plus de 15 heures de musique par semaine. Il pourrait alors être envisageable que cette forte exposition puisse entraîner une certaine désensibilisation aux éventuels effets thérapeutiques de l'atelier. Bien que certains travaux affirment cependant que le fait d'être musicien ou non n'occasionne pas de changement significatif sur le mode de réponse à l'écoute de musique (Madsen, Byrnes, Capparella-Sheldon, & Brittin, 1993; Osbourne, 1981), la recension des écrits n'a pas permis de trouver un protocole vérifiant directement la présence d'une différence dans l'impact d'une activité d'imagerie guidée induite par la musique entre ces deux populations. Cet élément combiné à la taille restreinte du présent échantillon ne permettant pas une analyse plus poussée en la matière, la question demeure en suspens et mériterait d'être abordée directement dans de futurs travaux.

Comme le souligne Moyne-Larpin (1988), l'impact de la musique peut se voir considérablement amoindri chez des auditeurs défensifs. Cet avis est partagé par Sloboda et O'Neill (2003), pour qui l'impact émotionnel de la musique est relié au contexte d'audition et aux dispositions de l'auditeur. Le caractère nouveau de l'activité, l'élément d'ouverture de soi ainsi que l'aspect intensif peuvent laisser envisager l'adoption par certains participants d'une attitude défensive même si tous étaient volontaires pour participer. Toutefois, ce trait particulier n'ayant pas été au préalable évalué chez les participants, il ne peut s'agir que d'une piste de réflexion.

Un autre élément à considérer est le taux de mortalité expérimentale relativement élevé chez les participants à l'atelier : 37,5 % des personnes ayant rempli le prétest n'ont pas complété le posttest. Ce point peut agir de deux façons. Premièrement, cela peut rendre compte d'une motivation plus grande chez ceux ayant complété l'activité, et cette caractéristique peut avoir eu une influence sur les résultats. D'un autre côté, il arrive parfois lors d'activités de croissance et de développement personnel que certaines personnes très touchées par l'activité ou qui se sentent bouleversées par ce qu'elles y découvrent choisissent de s'en retirer. Une telle possibilité contribuerait grandement à atténuer la tendance vers un effet significatif de l'atelier. Les raisons motivant l'abandon n'ayant pu être élucidées de façon formelle, ce point mérite d'être pris sérieusement en considération dans de futurs travaux. Les informations ainsi recueillies pourraient même contribuer à diminuer la mortalité expérimentale.

Les niveaux de travail de l'imagerie. Introduits par Summer (2002), les trois niveaux de travail de l'imagerie, qui comprennent le niveau supportif, le niveau rééducatif et le niveau reconstructif, constituent un objectif poursuivi par le thérapeute plus qu'un effet réel du traitement. Toutefois, à la fin d'une séance, il est possible d'évaluer sommairement par le partage des participants et la dynamique de groupe s'étant installée si cet objectif a été atteint. Le présent atelier visait d'abord un travail au niveau supportif au cours des premières séances, pour ensuite migrer vers un travail au niveau rééducatif. Il semble, a posteriori, que le travail dans la grande majorité des séances soit demeuré au niveau supportif, sans atteindre le niveau rééducatif. En effet, dans la plupart des sous-groupes expérimentaux, le travail a visé à établir une bonne cohésion de groupe et un climat de confiance nécessaire à un partage ouvert et vrai. Il est une minorité de sous-groupes expérimentaux où ce climat de confiance et d'ouverture s'est installé plus rapidement. Les efforts ont alors pu viser l'acquisition par les participants d'une meilleure connaissance et d'une meilleure compréhension d'eux-mêmes, chacun réagissant plus librement aux partage des autres dans une atmosphère respectueuse (niveau rééducatif).

Cela pose donc la notion de confiance nécessaire à l'atteinte du niveau rééducatif. Il est possible, dans les sous-groupes expérimentaux où le travail est demeuré au niveau supportif, que le climat de confiance n'ait pas été assez fortement établi pour permettre le travail rééducatif. Différentes raisons peuvent alors être invoquées : la courte durée des séances et de l'atelier, la relation aux autres membres du

groupe ou encore la relation à l'animateur. En effet, même si les participants se voient fréquemment, chaque fois les rencontres sont relativement courtes et structurées et en deux semaines l'atelier se termine, ce qui peut être insuffisant pour certains participants pour créer un lien de confiance entre eux ou encore avec l'animateur. De plus, l'atelier prévoit relativement peu d'échanges libres entre les participants. Ce côté relativement structuré et encadrant de l'atelier peut avoir en quelque sorte nui à la naissance et au développement du groupe. Les participants étaient certes réunis en groupe pour l'atelier, mais les échanges ont été majoritairement établis avec l'animateur et peut-être pas assez entre les membres du groupe. L'impact du groupe en lui-même a pu en être réduit.

L'animateur revêt un grand rôle et assume plusieurs tâches au cours de la rencontre de groupe (Lieberman, Yalom, & Miles, 1973; Yalom, 1995). Le style d'animation visait à établir un climat d'écoute et de respect entre les membres. Les attitudes privilégiées à cet effet par l'animateur sont l'ouverture d'esprit, l'accueil, le respect du rythme de chacun. Malgré que l'animateur ne disposait pas d'une grande expérience dans le travail auprès des groupes, la supervision lui a permis d'ajuster son intervention dans l'esprit des objectifs fixés au début de l'atelier. Seulement, cette supervision était donnée après les séances. Il est probable que le manque d'expérience de l'animateur ait pu agir sur les résultats. Le style d'animation, la façon d'être de l'animateur, le déroulement et le contenu des séances sont demeurés très semblables, assurant ainsi une certaine uniformité entre les sous-groupes expérimentaux.

Forces et faiblesses de la recherche

Du point de vue des forces, plusieurs éléments sont à considérer. Le premier est sans doute l'originalité. En effet, la musicothérapie constitue un domaine de recherche jeune, où beaucoup reste encore à faire. De plus, cette recherche présente une recension des écrits passablement complète. Une particularité du présent travail est qu'aucune autre recherche de ce genre n'ait été menée dans la région du Saguenay-Lac-St-Jean. De tous les écrits recensés, aucun ne mentionne s'être attardé à une population francophone. Même sur tout le territoire québécois, particulièrement dans les grands centres où des programmes de formation universitaire en musicothérapie existent, il semble que très peu de travaux se penchent sur la technique GIM ou ses dérivés. La recension des écrits n'a pu prouver que cette population est susceptible de réagir différemment des autres à l'activité proposée. Il demeure cependant intéressant de documenter plus précisément les effets sur celle-ci de l'approche proposée. Lorsque de tels travaux existent, ils s'inscrivent plus dans la tradition de recherche qualitative, par exemple en documentant la pratique d'un thérapeute et ses effets sur la problématique vécue par un client.

De plus, même si à une plus grande échelle la popularité de l'approche GIM et de ses dérivés s'accroît dans plusieurs milieux, il semble selon la recension des écrits que le présent mémoire soit le premier à mesurer l'impact de l'adaptation de la technique à un format plus court des séances dans un contexte de groupe. En effet, même si l'activité proposée ici est grandement inspirée des travaux de plusieurs chercheurs oeuvrant avec

la technique GIM, les adaptations effectuées et l'agencement des séquences musicales utilisées n'ont, à la connaissance de l'auteur, jamais été évaluées. Il faut cependant mentionner que si les séquences musicales utilisées n'ont jamais été évaluées, les pièces choisies pour les former sont toutes utilisées couramment par des chercheurs reconnus en GIM. De plus, la recension des écrits n'a pas permis de trouver une autre recherche où la totalité des séances était répartie sur une période de deux semaines, les formats les plus populaires étant d'une seule séance par semaine ou d'une séance aux deux semaines. La disposition rapprochée des séances cherchait à compenser le fait que les séquences musicales et les séances elles-mêmes sont plus courtes dans la présente étude que dans ces autres protocoles expérimentaux.

Malgré ces éléments nouveaux, la conception de l'activité et les choix méthodologiques respectent les standards en vigueur dans la pratique officielle de cette technique. Plusieurs mesures de contrôle ont ensuite été mises en place afin de réduire l'impact de variables parasites non prises en compte par les outils de mesure. Parmi ces mesures, on dénote une pré-expérimentation complète de l'activité où les commentaires recueillis ont permis certains ajustements. De plus, comme l'animateur a été le même pour toutes les séances de tous les sous-groupes expérimentaux, ce facteur de variabilité a été contrôlé dans l'expérimentation. Les procédures pour le recrutement ont toujours été les mêmes, que ce soit pour le groupe expérimental ou pour le groupe contrôle. Enfin, une attention spéciale a été portée, pour le groupe expérimental, à ce que les

séances soient assez éloignées de périodes d'examens ou de remise de travaux, de façon à faciliter le recrutement et à limiter l'effet de telles périodes sur les variables mesurées.

Les variables dépendantes choisies s'appuient elles aussi sur un modèle théorique solide, conçu et validé auprès d'une population québécoise (Labelle et al., 2001), ce qui le rend approprié à la population à l'étude ici. Enfin, les outils utilisés pour les deux évaluations sont pour la plupart largement utilisés dans la recherche en psychologie. En fait, seule la Mesure du stress psychologique semble moins fréquemment citée dans les écrits. Cependant, tous ces outils (MSP y compris) démontraient des qualités psychométriques plus qu'acceptables. Enfin, le présent mémoire utilise un devis de recherche de type évaluation prétest-posttest avec groupe contrôle. L'emploi d'un groupe contrôle semble encore peu fréquent dans la recherche sur la technique GIM et ses dérivés.

Le présent travail comprend malgré tout ses limites. La plus sérieuse est probablement le nombre de participants. En effet, la faible taille de l'échantillon vient grandement réduire la puissance statistique des analyses réalisées. Cet élément peut aussi nuire à une éventuelle généralisation des résultats à la population à l'étude. Il est possible qu'un plus grand *n* ait permis d'obtenir des résultats plus concluants. De plus, comme aucune autre recherche n'a employé jusqu'ici la méthodologie telle que proposée dans ce mémoire, notamment les adaptations de la technique GIM, les possibilités de comparaison avec d'autres travaux s'en trouvent limitées.

La relativement grande mortalité expérimentale, tant dans le groupe expérimental que dans le groupe contrôle, constitue elle aussi une limite de la présente étude. Les raisons expliquant le choix d'un bon nombre de participants de se retirer de l'activité demeurent peu précises. Par ailleurs, la recension des écrits n'a pas permis de trouver une autre recherche faisant état d'une mortalité expérimentale. Comme la plupart des recherches sur la technique GIM s'effectue auprès de clients de thérapeutes GIM bénéficiant d'un suivi amorcé souvent bien avant la recherche à laquelle ils participent, il ne semble pas possible de comparer la mortalité expérimentale obtenue ici avec d'autres travaux comparables. Il n'est donc pas possible de mesurer l'impact de ces abandons sur les présents résultats.

D'autres limites sont attribuables à des choix méthodologiques. D'abord, la population strictement étudiante n'est peut-être pas totalement représentative de la population adulte générale. De plus, certains détails propres à la vie étudiante ont été moins bien contrôlés pour le groupe témoin que pour le groupe expérimental : les périodes d'examens, les dates de remise de travaux, etc. Ces événements peuvent avoir un impact sur certaines variables de santé mentale évaluées dans le présent travail, bien qu'il soit difficile de l'estimer avec précision.

En outre, les problèmes rencontrés lors de la phase de recrutement ont fait en sorte que le moment de l'évaluation n'a pas été le même pour tous les participants, ce

qui peut accroître la possibilité que des éléments situationnels non contrôlés influencent les résultats.

Une autre limite constatée est que l'aspect qualitatif n'a pas été pris en compte dans la collecte de données. En effet, compléter l'évaluation par un outil comme une entrevue semi-dirigée administrée avant et après la série de séances aurait pu offrir une vision plus nuancée des résultats, tout en permettant une évaluation plus précise de la présence et de la portée d'éléments situationnels sur les mesures effectuées au moyen d'outils quantitatifs.

Enfin, puisque les évaluations ont été menées par l'animateur des ateliers lui-même, il est possible que certains participants aient pu fausser quelque peu leurs réponses aux questionnaires, dans un but de transmettre une image favorable d'eux-mêmes ou autrement. Afin de contrôler un peu mieux cette possibilité, la présence d'un évaluateur différent de l'animateur pourrait être à considérer.

Conséquences et retombées envisageables de la recherche

La plupart des retombées possibles de l'expérimentation sont d'ordre méthodologique, des précisions utiles à une éventuelle poursuite du travail sur cette technique. À la lumière de ces éléments, il apparaît que l'adaptation de la technique GIM à un format de groupe dans un intervalle temporel plus court est possible. De plus,

cette adaptation semble montrer des signes de conservation des qualités thérapeutiques attribuées à la version « traditionnelle » de cette technique. D'autres recherches devraient être entreprises à ce sujet.

Le feedback recueilli de façon informelle auprès de plusieurs participants indique qu'ils ont, pour la plupart, apprécié l'activité. Ce feedback a aussi permis de retenir quelques recommandations des participants quant à une poursuite éventuelle de l'activité d'imagerie. Premièrement, plusieurs auraient apprécié que les séances se tiennent à un autre moment de la journée, par exemple le soir. Ensuite, il apparaît que l'emploi d'une musique neutre au cours de la période d'induction ait été particulièrement appréciée et jugée aidante à la relaxation. Cet élément est nouveau, car, mis à part celui de Vaux (1993), aucun des travaux consultés lors de la recension des écrits ne mentionne avoir utilisé cet élément lors de la phase d'induction. L'emploi d'une musique neutre pourrait donc être maintenu lors d'une autre activité du même genre. Lors d'activités de groupe, un appareil de type cinéma-maison offre un environnement sonore adéquat, sensible aux dynamiques de la musique jouée et plus enveloppant, tout en assurant que chaque participant, peu importe sa position dans la pièce, perçoit bien la musique et chacune de ses variations.

Enfin, une autre retombée possible de cette recherche est qu'elle peut contribuer à démontrer la grande sensibilité de certaines variables de santé mentale à des facteurs situationnels et au temps. Le présent mémoire met donc un peu plus en lumière

l'importance d'un meilleur contrôle sur ces facteurs lors de futurs travaux sur l'imagerie induite par la musique. Ce meilleur contrôle pourrait être assuré notamment en tenant les ateliers simultanément pour tous les groupes, s'il y en a plusieurs. Un plus grand nombre de participants pourrait aussi réduire la variabilité qui semble être causée par ces facteurs.

Pistes de recherche suggérées

Puisque cette recherche se veut avant tout exploratoire, plusieurs questions demeurent en suspens et peuvent justifier d'autres travaux sur le sujet. De nouvelles avenues pourraient être empruntées afin de poursuivre le travail amorcé ici, la plupart pour corriger certains détails méthodologiques susceptibles d'accroître l'efficacité de l'atelier. La première avenue pourrait être la reprise intégrale de l'activité, mais avec un nombre de participants plus élevé, afin de corriger la lacune au niveau de la puissance statistique des analyses réalisées. Il serait ensuite intéressant de comparer les résultats obtenus alors avec ceux exposés ici, en observant si les indices de tendances dégagés se vérifient lorsque la taille de l'échantillon est plus grande. La cueillette des données pourrait aussi être effectuée par une autre personne que l'animateur de l'atelier, afin de minimiser le plus possible l'éventualité d'un biais dans les réponses des participants, malgré que tous les questionnaires soient anonymes.

Une autre piste intéressante à suivre serait l'ajout d'un volet qualitatif à l'évaluation au prétest comme au posttest. Une entrevue semi-dirigée pourrait probablement permettre de circonscrire plus précisément l'impact réel de l'activité sur la vie des participants, sur leur façon d'être et sur leur façon de gérer les événements susceptibles d'avoir une influence positive ou négative sur leur santé mentale. L'impact de facteurs situationnels extérieurs à l'activité pourrait par le fait même être estimé plus précisément. Si une telle possibilité est envisagée, il pourrait être approprié de mandater une personne autre que l'animateur des ateliers pour mener les entrevues, afin de favoriser un partage plus ouvert et honnête sur les impressions face à l'atelier.

Le moment de la journée où se tient l'atelier pourrait être changé, selon la recommandation des participants. Il semble que le soir pourrait être un temps plus propice à une activité de relaxation et d'imagerie que le midi, où les gens peuvent être pressés par un horaire plus chargé. D'ailleurs, si l'expérience est tentée à nouveau auprès d'étudiants, il serait important de s'assurer que les évaluations se tiennent au même moment pour les participants du groupe expérimental et du groupe contrôle. Tout cela afin de mieux cerner l'impact de facteurs potentiellement stressants, comme des examens. Ainsi, tenir les ateliers au tout début de la session pourrait minimiser le risque qu'une telle situation survienne au cours de l'atelier.

Un autre complément digne d'intérêt pourrait être d'étendre la série de séances sur une plus longue période. Chaque séance pourrait garder son format actuel, mais il

serait intéressant de vérifier si le fait de les répartir sur une plus longue période entraînerait une modification sur les indices positifs de santé mentale, plus durables par définition (Labelle et al., 2001). Il serait aussi intéressant de vérifier si le fait de réduire le caractère intensif de l'activité peut contribuer à minimiser les problèmes rencontrés lors du recrutement de participants. Un exemple d'une telle disposition pourrait être, au lieu du format de quatre séances par semaine pendant deux semaines, deux séances par semaine pendant quatre semaines. On pourrait aussi choisir une disposition plus espacée des séances, comme une séance à la semaine pendant huit semaines. Il pourrait alors être intéressant de vérifier si une disposition plus espacée favorise ou prévient la mortalité expérimentale.

L'activité pourrait être ouverte à une population plus large que celle provenant strictement du milieu étudiant. Cela pourrait aussi contribuer à apporter une solution au problème de recrutement de participants. De plus, les résultats observés n'en seraient que plus généralisables à la population adulte générale. Une plus grande homogénéité des participants entre le groupe expérimental et le groupe contrôle pourrait être atteinte en créant un groupe contrôle sous forme de liste d'attente. Il serait alors possible d'accroître la solidité du cadre expérimental en procédant à l'assignation aléatoire des participants à la condition expérimentale et à la condition contrôle.

La création d'une condition témoin (groupe témoin actif) pourrait aussi être envisageable, si le nombre de participants le permettait. Cette mesure pourrait par

exemple faciliter l'évaluation de l'impact de la composante musicale dans les résultats observés, en proposant au groupe contrôle une activité de groupe sans élément musical.

Enfin, l'activité pourrait être offerte à des personnes présentant une problématique spécifique en matière de santé mentale. Alors que les personnes rencontrées ici présentaient toutes un niveau de fonctionnement normal, il serait intéressant de vérifier si l'atelier a un impact plus marqué auprès d'une population présentant des difficultés psychologiques.

Il serait aussi possible d'utiliser d'autres outils pour l'évaluation. Une possibilité serait de reprendre exactement la même trousse d'outils utilisée dans un autre protocole expérimental sur la GIM. Par exemple, il pourrait être intéressant d'utiliser les outils utilisés par Körlin et Wrangsjö (2002) pour évaluer l'efficacité de l'atelier conçu ici. Ce procédé pourrait faciliter grandement la comparaison des résultats obtenus grâce à l'atelier à ceux obtenus par d'autres chercheurs utilisant une version ou une autre de la GIM. Il serait alors possible d'évaluer si le présent atelier comporte de réels avantages face aux autres pratiques dans le milieu de la musicothérapie réceptive, ou encore de découvrir d'autres modifications susceptibles d'en accroître l'efficacité.

Enfin, un meilleur aménagement des lieux semble de mise, loin des lieux passants et bruyants, et où un minimum de confort peut être assuré aux participants. Un local assez grand pour permettre à chacun d'avoir *son* espace sans pour autant

hypothéquer l'esprit de groupe serait souhaitable. Le confort des participants pourrait aussi être accru en fournissant des tapis de sol plus épais ainsi qu'un éclairage plus approprié. En effet, il semble que certains problèmes de confort occasionnés soit par les bruits ambiants non contrôlables ou encore par la froideur et la dureté du sol aient pu nuire à l'imagerie de certains participants. Remédier à ces détails pourrait permettre une immersion plus intense dans l'imagerie et favoriser un plus grand impact de l'atelier. La comparaison des résultats obtenus grâce à ces modifications avec ceux obtenus ici serait intéressante.

Ces pistes de recherche sont certes plus à teneur méthodologique, mais compte tenu du peu de travaux effectués jusqu'à présent sur la méthodologie proposée ici, ces voies se doivent d'être explorées afin d'accroître les données disponibles pour d'éventuelles comparaisons. Ces nouvelles données permettront aussi de déterminer les modifications ayant le plus d'impact et ainsi permettront la mise sur pied d'une version la plus efficace possible de l'atelier.

En terminant, il serait intéressant de vérifier s'il existe vraiment une différence entre les personnes fortement exposées à la musique et ceux qui en écoutent peu, quant à l'impact de l'atelier.

Conclusion

Cette recherche avait comme point de départ la constatation de la grande place qu'occupe la musique dans la vie de tous les jours, ainsi que l'attribution par plusieurs intervenants d'effets thérapeutiques à la musique. Ces effets deviennent de plus en plus documentés dans les écrits se penchant sur la musicothérapie et ses applications. Toutefois, certaines lacunes demeurent. En effet, certains sujets comme les façons adéquates d'intervenir en musicothérapie, les constituants de la musicothérapie responsables des effets observés, ou même ce qu'est la musicothérapie ne font pas consensus, si bien qu'une synthèse de telles informations véhiculées dans les écrits était nécessaire. La présente recherche a donc voulu combler une partie de cette lacune en proposant une synthèse s'attardant à certains fondements de la musicothérapie et à certains concepts jugés importants dans les écrits.

Parallèlement, cette synthèse a permis d'identifier et de présenter une technique de plus en plus utilisée : la méthode d'imagerie guidée induite par la musique. Le présent mémoire a par la suite voulu contribuer au développement des connaissances sur cette technique d'abord en s'intéressant spécifiquement au travail de groupe à l'aide de cette approche (une aire de recherche passablement négligée par les chercheurs), ensuite en proposant quelques modifications au format habituel de l'activité, afin d'en accroître

l'accessibilité. Une autre particularité de cette étude était de solliciter une population n'étant pratiquement pas représentée dans les écrits, soit celle des adultes du Saguenay-Lac-St-Jean.

Les objectifs principaux du mémoire étaient donc de faire une synthèse des écrits en musicothérapie, ensuite de développer une activité de musicothérapie pour enfin procéder à une première vérification empirique des effets de cette activité sur des variables de santé mentale. Ces objectifs ont tous été atteints. Les points portant à discussion portent plus sur les effets de l'activité observés sur des variables de santé mentale des participants. En effet, alors que les écrits reflètent une tendance nette vers un impact significatif du traitement sur les variables mesurées, les présents résultats ne permettent pas une telle conclusion. Les effets observés ici n'ont pas atteint le seuil de signification statistique attendu. Toutefois, certaines tendances d'amélioration ont pu être observées au niveau des indicateurs de détresse psychologique que sont l'anxiété, les symptômes dépressifs et le stress psychologique, tous plus bas au posttest. Ce ne semble pas être le cas des indicateurs de bien-être psychologique (estime de soi et actualisation de la personne), les outils de mesure n'ayant pas décelé de variation entre le prétest et le posttest.

Plusieurs éléments méthodologiques peuvent être évoqués pour expliquer ces observations, comme la faible prise en compte d'éléments situationnels propres à chaque participant dans l'analyse de données. D'ailleurs, l'observation d'une amélioration des

indicateurs de détresse psychologique chez les membres du groupe contrôle (non soumis à une intervention) soulève un questionnement sur l'influence probable d'éléments situationnels sur les résultats. Ainsi, même si des effets positifs étaient observés suite à la participation à l'activité, une grande prudence est de mise dans l'attribution de la responsabilité de ces effets au traitement, tant que l'impact possible d'éléments situationnels n'est pas mieux circonscrit. L'un des obstacles majeurs à cette évaluation dans le présent cas a été la faible taille de l'échantillon. Ces faits militent grandement en faveur d'une reprise de l'étude en prenant soin d'augmenter le nombre de participants et de mieux contrôler les facteurs situationnels pouvant agir sur les résultats.

Un autre questionnement porte sur l'influence de l'expérience musicale et d'une forte exposition à la musique des participants sur les résultats entraînés par l'atelier. Alors que certains indices pointent vers une influence de ces facteurs sur les résultats dans le présent mémoire, le faible nombre de participants ne permet pas une évaluation précise de cette influence. Cet aspect constitue en soi une autre piste de recherche à explorer.

D'autres pistes de recherche émergent de cette étude et portent surtout sur des éléments méthodologiques à modifier, à la lumière du présent déroulement. Inclure un volet qualitatif à la collecte des données, ainsi que modifier la fréquence et le moment des séances en les étalant sur plusieurs semaines et en les tenant par exemple le soir en sont des exemples. On pourrait aussi proposer l'atelier à un autre moment de l'année,

solliciter une population plus large ou même ajouter une mesure de contrôle de type « groupe témoin actif », où une activité de même type est proposée sans inclure l'élément musical. Toutes ces modifications pourraient permettre de nuancer l'interprétation des résultats observés en précisant de plus en plus les éléments susceptibles d'avoir un impact significatif sur les résultats.

L'apport majeur de ce mémoire est sans doute le développement d'un atelier de musicothérapie se montrant fonctionnel et donnant des indices d'efficacité thérapeutique. Il fournit de plus un terreau fertile pour le développement d'autres recherches, avec de nombreuses pistes proposées et plusieurs suggestions méthodologiques. Ce mémoire met aussi en lumière l'importance d'inclure une mesure de contrôle dans la collecte des données, afin de ne pas conclure trop rapidement à un effet significatif du traitement, sans avoir une meilleure idée de l'influence possible d'éléments situationnels sur les résultats. Il a aussi permis de réaliser une synthèse récente de concepts et fondements théoriques importants en musicothérapie, ce qui demeure nécessaire compte tenu du grand nombre et de la diversité des points de vue adoptés par les chercheurs en musicothérapie. Enfin, le simple bon déroulement de l'atelier et les commentaires de satisfaction recueillis de façon informelle auprès de plusieurs participants renforcent la poursuite de tels ateliers d'imagerie induite par la musique afin de vérifier plus précisément l'impact sur la santé mentale.

Références

Agrotou, A. (1993). Music Therapy in Cyprus. Dans C. Maranto (Éd.), *Music Therapy : International Perspectives* (183-196). Pipersville, PA : Jeffrey Books.

Alley, J. (1979). Music in the IEP : Therapy-education. *Journal of Music Therapy, 16* (3), 111-127.

Alvin, J. (1975). *Music Therapy* (Revised Paperback Edition). London : John Clare Books.

American Psychiatric Association. (1996). DSM-IV: *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4ème éd.) (version internationale) (Washington, DC, 1995). Traduction française par J.D. Guelfi et al., Paris : Masson.

Assabgui, J. (1990). *La musicothérapie.* Paris : Jacques Grancher éditeur.

Axelson, D. A., & Birmaher, B. (2001). Relations between anxiety and depressive disorders in childhood and adolescence. *Depression and Anxiety, 14*(2), 67-78.

Bachman, J. G. (1982). Family relationships and self-esteem. Dans M. Rosenberg, & H. B. Kaplan (Éds), *Social Psychology of the Self-Concept* (pp. 356-364). Arlington Heights (IL) : Harlan Davidson.

Bang, C. (1986). A World of Sound and Music. Music Therapy and Musical Speech Therapy with Hearing-impaired and Multiple-handicapped Children. Dans E. Ruud (Éd.), *Music and Health* (pp. 19-36). Oslo, Norway: Norsk Musikforlag.

Barcellos, L. (1982). Music as a Therapeutic Element. Paper presented at the First International Symposium on Music and Man. New York University, June 1982, New York City.

Beck, A. T. (1973). *The diagnosis and management of depression.* Philadelphia : University of Pennsylvania Press.

Ben Amar, M. (2002). Anxiolytiques, sédatifs et hypnotiques. Dans L. Léonard, & M. Ben Amar (Éds), *Les psychotropes. Pharmacologie et toxicomanie* (pp. 165-220). Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.

Blake, R. L. (1994). Vietnam veterans with post-traumatic stress disorder : Findings from a music and imagery project. *Journal of the Association for Music and Imagery*, *3*, 5-17.

Blake, R. L., & Bishop, S. R. (1994). The Bonny Method of Guided Imagery and Music (GIM) in the Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) with Adults in the Psychiatric Setting. *Music Therapy Perspectives*, *12*, 125-129.

Bonde, L. O. (1997). Music Analysis and Image Potentials in Classical Music. *Nordic Journal of Music Therapy*, *7*(2), 121-128.

Bonny, H. L. (1978a). *Facilitating Guided Imagery and Music sessions : GIM Monograph no. 1*, Baltimore (Maryland): ICM Books.

Bonny, H. L. (1978b). *The Role of Taped Music Programs in the GIM Process : Theory and Product. GIM Monograph no. 2*, Baltimore (Maryland): ICM Books.

Bonny, H. L. (1980). *GIM Therapy: Past, Present and Future Implications. GIM Monograph no. 3*, Baltimore (Maryland): ICM Books.

Bonny, H. L. (1986). Music And Healing. *Music Therapy: Journal of the American Association for Music and Imagery*, *6A*(1), 3-12.

Bonny, H. L. (1989). Sound as Symbol : Guided Imagery and Music in Clinical Practice. *Music Therapy Perspectives*, *6*, 7-10.

Bonny, H. L., Cistrunk, M., Makuch, R., Stevens, E., & Tally, J. (1965). Some effects of music on verbal interaction in groups. *Journal of Music Therapy*, *2*, 61-63.

Bonny, H. L., & Savary, L. (1973). *Music and your mind: Listening with a new consciousness*. New York : Haper & Row.

Boxill, E. (1985). *Music Therapy for the Developmentally Disabled.* Rockville, MD: Aspen Systems.

Bradford, D. L. (1990). Music as an adjunctive therapeutic mode in the treatment of depression. *Dissertation Abstracts International*, *51*(no.10 b), 5020-5021.

Bright, R. (1981). *Practical Planning in Music Therapy for the Aged.* New York: Musicgraphics.

Bruscia, K. (1987). *Improvisational Models of Music Therapy*. Springfield, IL: Charles C. Thomas Publishers.

Bruscia, K. (1996a). The fundamentals of music therapy practice. Dans K. Bruscia (Éd.), *Case studies in music therapy* (pp. 3-13). Gilsum (NH): Barcelona Publishers.

Bruscia, K. (1996b). Embracing life with AIDS: Psychotherapy through Guided Imagery and Music. Dans K. Bruscia (Éd.), *Case studies in music therapy* (pp. 581-602). Gilsum (NH): Barcelona Publishers.

Bruscia, K. (1998). *Defining Music Therapy.* Gilsum (NH): Barcelona Publishers.

Bruscia, K. (2002). The Boundaries of Guided Imagery and Music and the Bonny Method. Dans K. Bruscia, & D. E. Grocke (Éds), *Guided Imagery and Music : The Bonny Method and Beyond* (pp. 37-62). Gilsum (NH): Barcelona Publishers.

Bruscia, K., & Grocke, D. E. (Éds) (2002). *Guided Imagery and Music : The Bonny Method and Beyond.* Gilsum (NH): Barcelona Publishers.

Bunt, L. (1994). *Music Therapy: An Art Beyond Words.* New York: Routledge.

Bunt, L. (2000). Transformational Processes in Guided Imagery and Music. *Journal of the Association for Music and Imagery*, *7*, 44-69.

Bunt, L., & Pavlicevic, M. (2003). Music and Emotion : Perspectives from Music Therapy. Dans P. N. Juslin, & J. A. Sloboda (Éds), *Music and Emotion : Theory and Research* (pp. 181-201). Oxford: Oxford University Press.

Burns, D. S. (2001). The Effect of the Bonny Method of Guided Imagery and Music on the Mood and Life Quality of Cancer Patients. *Journal of Music Therapy*, *38*(1), 51-65.

Carmines, E. G. (1982). Psychological Origins of Adolescent Political Attitudes : Self-Esteem, Political Salience and Political Involvement. Dans M. Rosenberg, & H. B. Kaplan (Éds), *Social Psychology of the Self-Concept* (pp. 381-394). Arlington Heights (IL) : Harlan Davidson.

Carter, S. (1982). *Music Therapy for Handicapped Children : Mentally Retarded.* Washington, DC: National Association for Music Therapy.

Caspy, T., Peleg, E., Schlam, D., & Goldberg, F. (1988). Sedative and Stimulative Music Effects : Differential Effects on Performance Impairment following Frustration. *Motivation and Emotion*, *12*, 123-138.

Chalifour, J. (1999). *L'intervention thérapeutique. Vol. 1 : Les fondements existentiels-humanistes de la relation d'aide.* Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.

Centre International de Musicothérapie. (2001). *Présentation de la musicothérapie et des techniques psychomusicales*, (tel que récupéré à l'URL : http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/formation/musico/cim.html

Clark, M. F. (1996). Emergence of Adult Self in Guided Imagery and Music (GIM) Therapy. Dans K. Bruscia (Éd.), *Case Studies in Music Therapy* (pp. 321-332). Gilsum (NH): Barcelona Publishers.

Clark, M. F. (2002). The Evolution of the Bonny Method of Guided Imagery and Music (BMGIM). Dans K. Bruscia, & D. E. Grocke (Éds), *Guided Imagery and Music : The Bonny Method and Beyond* (pp. 5-28). Gilsum (NH): Barcelona Publishers.

Clarkson, G. (1998). *I dreamed I was normal : A music therapist's journey into the realms of autism*. St. Louis : MMB Music.

Codding, P. (1982). *Music Therapy for Handicapped Children : Visually Impaired.* Washington, DC: National Association for Music Therapy.

Davis, W. B., & Thaut, M. H. (1989). The influence of preferred relaxing music on measures of state anxiety, relaxation, and physiological responses. *Journal of Music Therapy*, *26*(4), 168-187.

DeBacker, J., & Peuskens, J. (1993). Music Therapy in Belgium. Dans C. Maranto (Éd.), *Music Therapy : International Perspectives* (pp. 89-102). Pipersville, PA : Jeffrey Books.

DeCarvalho, R. J. (2000). The Growth Hypothesis and Self-Actualization : An Existential Alternative. *The Humanistic Psychologist*, *28*(1-3), 59-66.

DelCampo, P. (1993). Music Therapy in Spain (Part Two). Dans C. Maranto (Éd.), *Music Therapy : International Perspectives* (pp. 546-556). Pipersville, PA : Jeffrey Books.

Devlin, H. J., & Sawatzky, D. D. (1987). The Effects of Background Music in a Simulated Initial Counselling Session with Female Subjects. *Canadian Journal of Counselling*, *21*, 125-132.

Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique. (1993). Paris : Larousse.

DiFranco, G., & Perilli, G. (1993). Music Therapy in Italy. Dans C. Maranto (Éd.), *Music Therapy : International Perspectives* (pp. 321-339). Pipersville, PA : Jeffrey Books.

Doyle, P. (1989). The Past, Present and Future : Like the Circle, It is all One. *Music Therapy Perspectives*, *6*, 78-81.

Ducourneau, G. (1997). *Éléments de musicothérapie*. Paris : Dunod.

Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). GPOWER : A general power analysis program. *Behavior research methods, instruments, and computers*, *28*, 1-11. Available URL: http://www.psychologie.unitrier.de:8000/projects/gpower.html

Fleshman, B., & Fryear, J. (1981). *The Arts in Therapy*. Chicago: Nelson-Hall.

Forrest, D. V. (1983). Depression : Information and Interventions for School Counselors. *The School Counselor*, *30*, 269-279.

Gaudry, E., & Spielberger, C. D. (1971). *Anxiety and Educational achievement*. Sydney : J. Wiley.

Gauthier, J., & Bouchard, S. (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger. *Revue canadienne des sciences du comportement*, *25*(4), 559-578.

Gfeller, K. (1987). Music Therapy Theory and Practice as Reflected in Research Litterature. *Journal of Music Therapy*, *24*(4), 178-194.

Goins, W. E. (1998). The Effect of Moodstates: Continuous versus Summative Responses. *Journal of Music Therapy*, *35*(4), 242-258.

Guilhot, J., Guilhot, M.-A., Jost, J., & Lecoourt, E. (1984). *La musicothérapie et les methods d'association des techniques* (4ème éd.). Paris : Les Éditions E.S.F.

Hadsell, N. (1974). A Sociological Theory and Approach to Music Therapy with Adult Psychiatric Patients. *Journal of Music Therapy*, *11*(3), 113-124.

Hammer, S. E. (1996). The effects of Guided Imagery trough Music on State and Trait Anxiety. *Journal of Music Therapy*, *33*(1), 47-70.

Hendricks, C. B., Robinson, B., Bradley, L. J., & Davis, K. (1999). Using Music Techniques to Treat Adolescent Depression. *Journal of Humanistic Counselling, Education and Development*, *38*(1), 39-46.

Hesser, B. (1995). The Power of Sound and Music in Therapy and Healing. Dans C. Kenny (Éd.), *Listening, Playing, Creating : Essays on the Power of Sound* (pp. 43-50). Albany, NY: State University of New York.

Jarvis, J. (1988). Guided Imagery and Music (GIM) as a Primary Psychotherapeutic Method. *Music Therapy Perspectives, 5*, 69-72.

Jondittir, V. (1993). Music Therapy in Iceland. Dans C. Maranto (Éd.), *Music Therapy : International Perspectives* (pp. 279-303). Pipersville, PA : Jeffrey Books.

Juslin, P. N., & Sloboda, J. A. (2003). Music and emotion : Introduction. Dans P. N. Juslin, & J. A. Sloboda (Éds), *Music and Emotion : Theory and Research* (pp. 3-22). Oxford: Oxford University Press.

Kenny, C. (1982). *The Mythic Artery: The Magic of Music Therapy*. Atascadero, CA: Ridgeview Publishing Co.

Kerr, T., Walsh, J., & Marshall, A. (2001). Emotional Change Processes in Music-Assisted Reframing. *Journal of Music Therapy, 38*(3), 193-211.

Kleinginna, P. R., & Kleinginna, A. M. (1981). A Categorized List of Emotion Definitions, With a Suggestion for a Consensual Definition. *Motivation and Emotion, 5*, 345-371.

Körlin, D., & Wrangsjö, B. (2001). Gender Differences in Outcome of Guided Imagery and Music (GIM) Therapy. *Nordic Journal of Music Therapy, 10*(2), 132-143.

Körlin, D., & Wrangsjö, B. (2002). Treatment Effects of GIM Therapy. *Nordic Journal of Music Therapy, 11*(1), 3-15.

Kortegaard, H., & Pedersen, I. (1993). Music Therapy in Denmark. Dans C. Maranto (Éd.), *Music Therapy : International Perspectives* (pp. 197-209). Pipersville, PA : Jeffrey Books.

Kupperschmitt, J. (2000). *La musicothérapie en clinique adulte*. Paris : L'Harmattan.

Labelle, A., Bouffard, L., Alain, M., Dubé, M., Bastin, É., & Lapierre, S. (2001). Bien-être et détresse psychologique : Vers un modèle hiérarchique cognitivo-affectif en santé mentale. *Revue québécoise de psychologie, 21*(1), 71-87.

Ladouceur, R., Marchand, A., & Boisvert, J.-M. (1999). *Les troubles anxieux : approche cognitive et comportementale.* Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.

Lai, Y. M. (1999). Effects of Music Listening on Depressed Women in Taiwan. *Issues in Mental Health Nursing, 20*, 229-246.

Lalonde, P., Aubut, J., Grunberg, F. (1999). *Psychiatrie clinique : une approche bio-psycho-sociale.* (tome I et II). Montréal : Gaëtan Morin Éditeur.

Lamy, L., Dubé, M., Lapierre, S., Alain, M., & Lalande, G. (1994). L'autonomie fonctionnelle et la santé perçue comme prédicteurs de l'autonomie psychologique des personnes âgées. *Revue québécoise de psychologie, 15*(3), 23-46.

Le Petit Robert 1. (1993). Paris : Le Robert.

Leblanc, J. (1996). Les dépressions : classification et définitions. Dans J. Leblanc (Éd.), *Démystifier les maladies mentales : Les dépressions et les troubles affectifs cycliques* (pp. 7-29). Boucherville : Gaëtan Morin Éditeur.

Leclerc, G., Lefrançois, R., Dubé, M., Hébert, R., & Gaulin, P. (1997). The Development and Validation of a Self-Report Measure of Self-Actualization. *Social Behavior and Personality: an International Journal, 25*(4), 353-366.

Leclerc, G., Lefrançois, R., Dubé, M., Hébert, R., Gaulin, P. (1998). *Manuel d'utilisation de la Mesure de l'actualisation du potentiel.* Sherbrooke : Centre de recherche en gérontologie et gériatrie de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

Lecourt, E. (1977). *La pratique de la musicothérapie.* Paris : Les Éditions E.S.F.

Lehtonen, K. (1993). Music Therapy in Finland. Dans C. Maranto (Éd.), *Music Therapy : International Perspectives* (pp. 211-220). Pipersville, PA : Jeffrey Books.

Lemyre, L., Tessier, R., & Fillion, L. (1990). *Mesure de stress psychologique (M.S.P.) : Manuel d'utilisation.* Brossard : Behaviora.

Lieberman, M. A., Yalom, I. D., & Miles, M. B. (1973). *Encounter Groups : First Facts.* New York : Basic Books.

Loveszy, R. (1996). The Use of Latin Music, Puppetry, and Visualisation in Reducing the Physical and Emotional Pain of a Child with Severe Burns. Dans K. Bruscia (Éd.), *Case studies in music therapy* (pp. 153-162). Gilsum (NH): Barcelona Publishers.

Maack, C., & Nolan, P. (1999). The Effects of Guided Imagery and Music Therapy on Reported Change in Normal Adults. *Journal of Music Therapy, 36*(1), 39-55.

Madsen, C. K., Byrnes, S. R., Capparella-Sheldon, D. A., & Brittin, R. V. (1993). Aesthetic Responses to Music : Musicians vs. Nonmusicians. *Journal of Music Therapy*, *30*(3), 174-191.

Maranto, C. (1993). *Music Therapy : International Perspectives*. Pipersville, PA : Jeffrey Books.

McKinney, C. (1990). The Effect of Music on Imagery. *Journal of Music Therapy*, *27*, 34-46.

McKinney, C. (2002). Quantitative Research in Guided Imagery and Music : A Review. Dans K. Bruscia, & D. E. Grocke (Éds), *Guided Imagery and Music : The Bonny Method and Beyond* (pp. 449-466). Gilsum (NH) : Barcelona Publishers.

McKinney, C., Antoni, M.H., Kumar, A., & Kumar, M. (1995). The Effects of Guided Imagery and Music (GIM) on Depression and Beta-endorphin in Healthy Adults : A Pilot Study. *Journal of the Association for Music and Imagery*, *4*, 67-78.

McKinney, C. H., Antoni, M., Kumar, M., Tims, F., & McCabe, P. (1997). The Effects of Guided Imagery and Music (GIM) on Mood and Cortisol in Healthy Adults. *Health Psychology (Online)*, *16*, 390-400.

McKinney, C. H., & Tims, F. C. (1995). Differential Effects of Selected Classical Music on the Imagery of High Versus Low Imagers: Two Studies. *Journal of Music Therapy*, *32*(1), 22-45.

Merril, C., & Andersen, S. (1993). A Content Analysis of Person-Centered Expressive Therapy Outcomes. *The Humanistic Psychologist*, *21*, 354-363.

Meyer, L. B. (2003). Music and Emotion: Distinction and Uncertainties. Dans P. N. Juslin, & J. A. Sloboda (Éds), *Music and Emotion : Theory and Research* (pp. 341-360). Oxford: Oxford University Press.

Mezzano, J., & Prueter, B. (1974). Background Music and Counselling Interaction. *Journal of Counselling Psychology*, *21*, 84-86.

Mihaescu, G., Séchaud, M. C., & Delsignore, A. (1998). *Précis de thérapie comportementale et cognitive*. Chêne-Bourg : Éditions Médecine et Hygiène.

Moffitt, E. (1996). Improvisation and Guided Imagery and Music (GIM) With a Physically Disabled Woman: A Gestalt Approach. Dans K. Bruscia (Éd.), *Case Studies in Music Therapy* (pp. 347-358). Gilsum (NH) : Barcelona Publishers.

Montello, L., Coons, E. E. (1998). Effects of Active versus Passive Group Music Therapy on Preadolescents with Emotional, Learning, and Behavioral Disorders. *Journal of Music Therapy, 35*(1), 49-67.

Moyne-Larpin, Y. (1988). *Musique pour renaître : musique et musicothérapie pour adolescents et personnes âgées.* Paris : Épi-Desclée de Brouwer.

Munger, G., Leroux, Y., & Habimana, E. (2001). L'estime de soi et la personnalité créative peuvent-elles être un remède à l'envie. *Revue québécoise de psychologie, 22*(3), 27-42.

Munro, S., & Mount, B. (1978). Music Therapy in Palliative Care. *Canadian Medical Association Journal, 119*, 1029-1034.

Nolan, P. (1983). Insight Therapy : Guided Imagery and Music in a Forensic Psychiatric Setting. *Music Therapy, 3*(1), 43-51.

Odell, H. (1988). A Music Therapy Approach in Mental Health. *Psychology of Music, 16*(1), 52-61.

Oguchi, T. (1992). The Effects of a Sound Environment on Self-Disclosure. *The Japanese Journal of Experimental Social Psychology, 32*, 27-33.

Ortiz, J. M., & Johnson, J. A. (1991). Research Note. Philosophical Worldview Determines Attitudes Toward Using Background Music Before, During, and After Counselling. *Psychology of Music, 19*, 159-163.

Osborne, J. W. (1981). The Mapping of Thoughts, Emotions, Sensations, and Images as Responses to Music. *Journal of Mental Imagery, 5*, 133-136.

Ouellet, R., & Joshi, P. (1987). Le sentiment de solitude en relation avec la dépression et l'estime de soi. *Revue québécoise de psychologie, 8*(3), 40-48.

Paul, D. (1982). *Music Therapy for Handicapped Children : Emotionally Disturbed.* Washington, DC : National Association for Music Therapy.

Pavlicevic, M. (1997). *Music Therapy in Context : Music, Meaning, and Relationship.* London : Jessica Kingsley.

Peach, S. C. (1984). Some Implications for the Clinical Use of Music Facilitated Imagery. *Journal of Music Therapy, 21*(1), 27-34.

Peters, J. S. (1987). *Music Therapy : An Introduction.* Springfield (IL) : Charles C. Thomas.

Pickett, E. (1996). Guided Imagery and Music (GIM) with a Dually Diagnosed Woman who has Multiple Addictions. Dans K. Bruscia (Éd.), *Case Studies in Music Therapy* (pp. 497-512). Gilsum (NH) : Barcelona Publishers.

Plach, T. (1980). *The Creative Use of Music in Group Therapy*. Springfield (IL) : Charles C. Thomas.

Polit, V. (1993). Music Therapy in Mexico. Dans C. Maranto (Éd.), *Music Therapy : International Perspectives* (pp. 365-383). Pipersville (PA) : Jeffrey Books.

Priestley, M. (1980). The Herdecke Analytical Music Therapy Lectures (English translation from German). Stuttgart, West Germany : Klett-Cotta.

Prinou, L. (1993). Music Therapy in Greece. Dans C. Maranto (Éd.), *Music Therapy : International Perspectives* (pp. 239-251). Pipersville (PA) : Jeffrey Books.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale : A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, *1*, 385-401.

Riddle, A. S., Blais, M. R., & Hess, U. (1995). Development of a French Version of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D-F). Manuscrit inédit.

Rinker, R. L. (1996). Guided Imagery and Music (GIM) : Healing the Wounded Healer. Dans K. Bruscia (Éd.), *Case Studies in Music Terapy* (pp. 309-320). Gilsum (NH) : Barcelona Publishers.

Robb, S. L. (2000). Music Assisted Progressive Muscle Relaxation, Progressive Muscle Relaxation, Music Listening, and Silence : a Comparison of Relaxation Techniques. *Journal of Music Therapy*, *37*(1), 2-21.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton (NJ) : Princeton University Press.

Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York : Basic Books.

Rudenberg, M. (1982). *Music Therapy for Handicapped Children: Orthopedically Handicapped*. Washington (DC) : National Association for Music Therapy.

Russell, L. A. (1992). Comparison of Cognitive, Music, and Imagery Techniques on Anxiety Reduction with University Students. *Journal of College Student Development*, *33*, 516-523.

Scherer, K. R., & Zentner, M. R. (2003). Emotional Effects of Music : Production Rules. Dans P. N. Juslin, & J. A. Sloboda (Éds), *Music and Emotion : Theory and Research* (pp. 361-392). Oxford: Oxford University Press.

Schiff, M., & Frances, A. (1974). Popular Music : A Training Catalyst. *Journal of Music Therapy, 11*, 33-40.

Schomer, M. (1973). A Perceptual Development Program for the Music Therapist. *Journal of Music Therapy, 20*(2), 95-109.

Shmotkin, D. (1998). Declarative and Differential Aspects of Subjective Well-Being and its Implications for Mental Health in Later Life. Dans J. Lopranz (Éds), *Handbook of Aging and Mental Health : an Integrative Approach* (pp. 15-43). New York : Plenum Press.

Short, A. E. (2002). Guided Imagery and Music in Medical Care. Dans K. Bruscia, & D. E. Grocke (Éds), *Guided Imagery and Music : The Bonny Method and Beyond* (pp. 151-170). Gilsum (NH): Barcelona Publishers.

Skaggs, R. (1997). Music-Centered Creative Arts in a Sex Offender Treatment Program for Male Juveniles. *Music Therapy Perspectives, 15*, 73-78.

Sloboda, J. A. (1996). Emotional Responses to Music : a Review. Dans K. Riederer, & T. Lahti (Éds), *Proceedings of the Nordic Acoustical Meeting* (pp. 385-392). Helsinki : The Acoustical society of Finland.

Sloboda, J. A., & Juslin, P. N. (2003). Psychological Perspectives on Music and Emotion. Dans P. N. Juslin, & J. A. Sloboda (Éds), *Music and Emotion : Theory and Research* (pp. 71-104). Oxford: Oxford University Press.

Sloboda, J. A., & O'Neill, S. A. (2003). Emotions in Everyday Listening to Music. Dans P. N. Juslin, & J. A. Sloboda (Éds), *Music and Emotion : Theory and Research* (pp. 415-430). Oxford : Oxford University Press.

Spielberger, C. D. (1966). *Anxiety and Behavior*. New York : Academic Press.

Spielberger, C. D. (1983). *State-Trait Anxiety Inventory : Form Y*. Palo Alto : Consulting Psychologists Press.

Staum, M. J., & Brotons, M. (2000). The Effect of Music Amplitude on the Relaxation Response. *Journal of Music Therapy, 37*(1), 22-39.

Steele, A. (1977). The Application of Behavioral Research Techniques to Community Music Therapy. *Journal of Music Therapy, 14*(3), 102-115.

Summer, L. (1990). *Guided Imagery and Music in the Institutional Setting.* St-Louis (Missouri): MMB Music.

Summer, L. (2002). Group Music and Imagery Therapy : Emergent Receptive Techniques in Music Therapy Practice. Dans K. Bruscia, & D. E. Grocke (Éds), *Guided Imagery and Music : The Bonny Method and Beyond* (pp. 297-306). Gilsum (NH) : Barcelona Publishers.

Thaut, M. H., & Davis, W. B. (1993). The Influence of Subject-Selected versus Experimenter-Chosen Music on Affect, Anxiety, and Relaxation. *Journal of Music Therapy, 30*(4), 210-223.

Traub, C. (1969). The Relation of Music to Speech of Low Verbalizing Subjects in a Music Listening Activity. *Journal of Music Therapy, 30*(4), 210-223.

Trimble, M. M. (1971). An Investigation of the Mood Effects of Music (Master's degree thesis, University of Calgary). *Canadian thesis on microfilms, 8903.*

Vallières, E. F., & Vallerand, R. J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'Échelle d'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology, 25*, 305-316.

Vaux, D. R. (1993). GIM Applied to the 50-Minute Hour. *Journal of the Association for Music and Imagery, 2*, 29-34.

Ventre, M. (2002). The Individual Form of The Bonny Method of Guided Imagery and Music (BMGIM). Dans K. Bruscia, & D. E. Grocke (Éds), *Guided Imagery and Music : The Bonny Method and Beyond* (pp. 29-36). Gilsum (NH) : Barcelona Publishers.

Waldon, E. G. (2001). The Effects of Group Music Therapy on Mood States and Cohesiveness in Adult Oncology Patients. *Journal of Music Therapy, 38*(3), 212-238.

Weiss, J. G. (1994). Accessing the Inner Family Through Guided Imagery and Music. *Journal of the Association for Music and Imagery, 3*, 49-58.

Wigram, T., Pedersen, I. N., & Bonde, L. O. (2002). *A Comprehensive Guide to Music Therapy.* London : Jessica Kingsley Publishers.

Wrangsjö, B., & Körlin, D. (1995). Guided Imagery and Music as a Psychotherapeutic Method in Psychiatry. *Journal of the Association for Music and Imagery, 4*, 79-92.

Yalom, I. D. (1995). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (Fourth Edition). New York, NY : Basic Books.

Zaleski, Z. (1993). Attitudes face à l'avenir : espoir et anxiété. *Revue québécoise de psychologie*, *14*(1), 85-111.

Appendice A

Symptômes dépressifs selon le DSM-IV

Critères diagnostiques d'un trouble dépressif majeur

Critères	Manifestations ou symptômes
A) Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir. N.B. : ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.	1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres.
	2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
	3) Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p.ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5%), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
	4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
	5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
	6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
	7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
	8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
	9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
B) Les symptômes ne répondent pas aux critères d'Épisode mixte	
C) Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.	
D) Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p.ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p.ex., hyperthyroïdie).	
E) Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Deuil, c.-à-d. après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.	

Appendice B

Certification éthique du projet de recherche

Université du Québec à Chicoutimi
555, boulevard de l'Université
Chicoutimi, Québec, Canada
G7H 2B1
www.uqac.ca
Comité d'éthique de la recherche

Le 14 octobre 2003

Monsieur Frédéric Pedneault
914, Bégin #7
Chicoutimi (Québec)
G7H 4P2

OBJET : Approbation – Certification éthique
Impact d'un programme de musicothérapie réceptive sur des indices de santé mentale chez une population adulte non-clinique du Saguenay—Lac-Saint-Jean

Monsieur,

Lors de sa réunion tenue le 12 septembre 2003, le Comité d'éthique de la recherche a étudié le projet de recherche cité en rubrique.

Il a alors été décidé à l'unanimité d'approuver votre projet sous réserve, toutefois, de remplir la conditions suivante :

◇ Point 3.1 de la description du projet : si les résultats de la période d'extériorisation sont transcrits, ils devraient recevoir le même traitement que toutes les données recueillies dans le cadre de projet.

Ayant précisé que les résultats de la période d'extériorisation ne seront pas transcrits, votre projet rencontre donc les exigences applicables en matière d'éthique et, par conséquent, nous vous délivrons le présent certificat lequel est valide jusqu'au **30 juin 2004**.

Nous vous rappelons que toute modification au protocole d'expérience et/ou aux formulaires joints à ce protocole d'expérience doit être approuvée par le Comité d'éthique de la recherche.

En vous souhaitant la meilleure des chances dans la poursuite de vos travaux, veuillez accepter, Monsieur, nos salutations distinguées.

André Leclerc, président

Guylaine Boivin, secrétaire

GB/md

Appendice C

Questionnaire pour le prétest des groupes expérimental et contrôle

IASTA (Forme Y-1)

Consignes: Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'énoncés qui ont déjà été utilisés par des gens pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis en encerclant le chiffre approprié à droite de l'énoncé, indiquez comment vous vous sentez maintenant, c'est-à-dire à ce moment précis. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé ou l'autre mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez présentement.

1 Presque Jamais	2 Quelquefois	3 Souvent	4 Presque toujours

21. Je me sens bien	1	2	3	4
22. Je me sens nerveux(se) et agité(e)	1	2	3	4
23. Je me sens content(e) de moi-même	1	2	3	4
24. Je voudrais être aussi heureux(se) que les autres semblent l'être.	1	2	3	4
25. J'ai l'impression d'être un(e) raté(e)	1	2	3	4
26. Je me sens reposé(e)	1	2	3	4
27. Je suis d'un grand calme	1	2	3	4
28. Je sens que les difficultés s'accumulent au point où je n'arrive pas à les surmonter	1	2	3	4
29. Je m'en fais trop pour des choses qui n'en valent pas vraiment la peine	1	2	3	4
30. Je suis heureux(se)	1	2	3	4
31. J'ai des pensées troublantes	1	2	3	4
32. Je manque de confiance en moi	1	2	3	4
33. Je me sens en sécurité	1	2	3	4
34. Prendre des décisions m'est facile	1	2	3	4
35. Je sens que je ne suis pas à la hauteur de la situation	1	2	3	4
36. Je suis satisfait(e)	1	2	3	4
37. Des idées sans importances me passent par la tête et me tracassent	1	2	3	4
38. Je prends les désappointements tellement à cœur que je n'arrive pas à les chasser de mon esprit	1	2	3	4
39. Je suis une personne qui a les nerfs solides	1	2	3	4
40. Je deviens tendu(e) ou bouleversé(e) quand je songe à mes préoccupations et à mes intérêts récents	1	2	3	4

QUESTIONNAIRE DE ROSENBERG

Indiquez jusqu'à quel point vous êtes d'accord avec chacun des énoncés suivants, en cochant la réponse qui décrit le mieux votre opinion. Toutes les réponses sont bonnes en autant qu'elles correspondent à ce que vous pensez vraiment. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé, essayez de répondre spontanément.

	Tout à fait d'accord	**D'accord**	**Pas d'accord**	**Pas du tout d'accord**
1. Je considère que j'ai au moins autant de valeur que les autres personnes.	☐	☐	☐	☐
2. Je crois posséder un certain nombre de qualités.	☐	☐	☐	☐
3. Tout compte fait, j'ai tendance à penser que j'ai tout raté.	☐	☐	☐	☐
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que les autres.	☐	☐	☐	☐
5. Je crois qu'il n'y a pas grand-chose dont je puisse être fier(fière).	☐	☐	☐	☐
6. J'ai une attitude positive envers moi-même.	☐	☐	☐	☐
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de moi.	☐	☐	☐	☐
8. Je souhaiterais avoir plus de respect pour moi-même.	☐	☐	☐	☐
9. Il m'arrive parfois de me sentir inutile.	☐	☐	☐	☐
10. Je pense parfois que je suis bon(ne) à rien.	☐	☐	☐	☐

MAP

Cochez □ votre réponse dans le carré approprié.

1. Je suis une personne qui s'estime ________________.

   □ Très peu □ Peu □ Assez □ Beaucoup □ Énormément

2. En toute circonstance, je peux ________________ exprimer mes émotions.

   □ Très difficilement □ Difficilement □ Assez facilement □ Facilement □ Très facilement

3. Je suis capable de prévoir mes réactions.

   □ Très rarement □ Rarement □ Parfois □ Souvent □ Très souvent

4. Je crois que la vie est bonne pour moi.

   □ Très peu □ Peu □ Assez fortement □ Fortement □ Très fortement

5. Je m'adapte ________________ au changement.

   □ Très difficilement □ Difficilement □ Assez difficilement □ Facilement □ Très facilement

6. Pour connaître ma valeur, je me base ______________ sur ce que pensent les autres.

   □ Très peu □ Peu □ Assez □ Beaucoup □ Énormément

7. Quoiqu'il m'arrive, je fais ____________ confiance à ce que je ressens.

   □ Très peu □ Peu □ Assez □ Beaucoup □ Énormément

8. J'ai l'impression d'être ___________responsable de ma vie.

   □ Très peu □ Peu □ Assez fortement □ Fortement □ Très fortement

9. Pour moi, le moment présent compte ______________.

   □ Très peu □ Peu □ Assez □ Beaucoup □ Énormément

10. Je connais ______________ mes forces et mes limites.

    □ Très mal □ Mal □ Assez bien □ Bien □ Très bien

11. Je suis ______________ porté(e) à suivre l'exemple des autres.

    □ Très rarement □ Rarement □ Parfois □ Souvent □ Très souvent

12. J'écoute ______________ mes émotions.

    □ Très peu □ Peu □ Assez □ Beaucoup □ Énormément

13. J'essaie ______________ de me mettre dans la peau de quelqu'un pour le comprendre.

    □ Très rarement □ Rarement □ Parfois □ Souvent □ Très souvent

14. Je crois _____________ que les gens sont fondamentalement bons.

☐ Très peu ☐ Peu ☐ Assez fortement ☐ Fortement ☐ Très fortement

15. Je peux _________________ agir spontanément sans perdre le contrôle.

☐ Très difficilement ☐ Difficilement ☐ Assez difficilement ☐ Facilement ☐ Très facilement

16. Je tiens _________________ à prendre moi-même mes décisions.

☐ Très peu ☐ Peu ☐ Assez ☐ Beaucoup ☐ Énormément

17. Je partage mes joies et mes peines avec un(e) confident(e).

☐ Très rarement ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Très souvent

18. En réfléchissant sur ma vie passée, il m'arrive ________________ de comprendre tout à coup pourquoi certaines choses se sont produites.

☐ Très rarement ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Très souvent

19. Par ma façon de voir, je donne ________________ un sens à ma vie.

☐ Très rarement ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Très souvent

20. Habituellement, je passe _________________ à travers les échecs importants.

☐ Très difficilement ☐ Difficilement ☐ Assez difficilement ☐ Facilement ☐ Très facilement

21. Les critiques m'empêchent _________________ de réaliser ce que j'ai le goût de faire.

☐ Très rarement ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Très souvent

22. Avec les autres, je me montre _______________ comme je suis.

☐ Très rarement ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Très souvent

23. Je suis _____________ porté(e) à m'engager dans des causes importantes.

☐ Très peu ☐ Peu ☐ Assez ☐ Beaucoup ☐ Énormément

24. J'arrive ______________________ à donner une sens à ma vie.

☐ Très difficilement ☐ Difficilement ☐ Assez difficilement ☐ Facilement ☐ Très facilement

25. Dans les situations difficiles, je reste _________________ fidèle à moi-même.

☐ Très rarement ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Très souvent

26. J'exprime _______________________ mes opinions.

☐ Très difficilement ☐ Difficilement ☐ Assez difficilement ☐ Facilement ☐ Très facilement

27. Je peux _____________________ m'intéresser aux problèmes des autres sans penser aux miens.

☐ Très difficilement ☐ Difficilement ☐ Assez difficilement ☐ Facilement ☐ Très facilement

MSP-25 A

Après chaque item, encerclez le chiffre de 1 à 8 en indiquant jusqu'à quel degré l'item vous décrit bien dernièrement, c'est-à-dire depuis les 4 ou 5 derniers jours. Les chiffres de 1 à 8 signifient :

1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout	Pas vraiment	Très peu	Un peu	Plutôt oui	Passablement	Beaucoup	Énormément

DERNIÈREMENT, C'EST-À-DIRE EN PENSANT AUX 4 OU 5 DERNIERS JOURS :

1. Je suis tendu(e) ou crispé(e).	1	2	3	4	5	6	7	8
2. Je me sens la gorge serrée ou j'ai la bouche sèche.	1	2	3	4	5	6	7	8
3. Je me sens pressé(e) par le temps, coincé(e) par le temps, je manque de temps.	1	2	3	4	5	6	7	8
4. J'ai tendance à sauter des repas ou à oublier de manger.	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Je ressasse les mêmes idées, rumine, jongle, j'ai les mêmes pensées à répétition, la tête pleine.	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Je me sens seul(e), isolé(e), incompris(e).	1	2	3	4	5	6	7	8
7. J'ai des douleurs physiques : mal au dos, mal à la tête, mal dans la nuque, mal au ventre.	1	2	3	4	5	6	7	8
8. Je suis préoccupé(e), tourmenté(e) ou tracassé(e).	1	2	3	4	5	6	7	8
9. J'ai des variations de température corporelle subites (très froid ou très chaud).	1	2	3	4	5	6	7	8
10. J'oublie des rendez-vous, des objets ou des affaires à faire.	1	2	3	4	5	6	7	8
11. Je pleure.	1	2	3	4	5	6	7	8
12. Je suis fatigué(e).	1	2	3	4	5	6	7	8
13. J'ai les mâchoires serrées.	1	2	3	4	5	6	7	8
14. Je suis calme.	1	2	3	4	5	6	7	8
15. Je pousse de longs soupirs ou je reprends tout à coup ma respiration.	1	2	3	4	5	6	7	8
16. J'ai la diarrhée ou des crampes intestinales ou constipé(e).	1	2	3	4	5	6	7	8
17. Je suis anxieux(se), inquièt(e) ou angoissé(e).	1	2	3	4	5	6	7	8
18. Je sursaute (fais des sauts).	1	2	3	4	5	6	7	8
19. Je prends plus d'une demi-heure à m'endormir.	1	2	3	4	5	6	7	8
20. Je suis confus(e), je n'ai pas les idées claires, je manque d'attention et de concentration.	1	2	3	4	5	6	7	8
21. J'ai les traits tirés ou les yeux cernés.	1	2	3	4	5	6	7	8
22. Je sens « beaucoup de pression sur les épaules ».	1	2	3	4	5	6	7	8
23. Je suis fébrile, j'ai toujours le goût de bouger, je ne tiens pas en place, je suis énervé(e).	1	2	3	4	5	6	7	8
24. Je contrôle mal mes réactions, mes humeurs, mes gestes.	1	2	3	4	5	6	7	8
25. Je suis stressé(e).	1	2	3	4	5	6	7	8

Questionnaire d'évaluation personnelle
IASTA (Forme Y-2)

Consignes: Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'énoncés qui ont déjà été utilisés par des gens pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis en encerclant le chiffre approprié à droite de l'énoncé, indiquez comment vous vous sentez **en général**. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé ou l'autre mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez **en général.**

1 Presque Jamais	2 Quelquefois	3 Souvent	4 Presque toujours

21. Je me sens bien	1	2	3	4
22. Je me sens nerveux(se) et agité(e)	1	2	3	4
23. Je me sens content(e) de moi-même	1	2	3	4
24. Je voudrais être aussi heureux(se) que les autres semblent l'être.	1	2	3	4
25. J'ai l'impression d'être un(e) raté(e)	1	2	3	4
26. Je me sens reposé(e)	1	2	3	4
27. Je suis d'un grand calme	1	2	3	4
28. Je sens que les difficultés s'accumulent au point où je n'arrive pas à les surmonter	1	2	3	4
29. Je m'en fais trop pour des choses qui n'en valent pas vraiment la peine	1	2	3	4
30. Je suis heureux(se)	1	2	3	4
31. J'ai des pensées troublantes	1	2	3	4
32. Je manque de confiance en moi	1	2	3	4
33. Je me sens en sécurité	1	2	3	4
34. Prendre des décisions m'est facile	1	2	3	4
35. Je sens que je ne suis pas à la hauteur de la situation	1	2	3	4
36. Je suis satisfait(e)	1	2	3	4
37. Des idées sans importances me passent par la tête et me tracassent	1	2	3	4
38. Je prends les désappointements tellement à cœur que je n'arrive pas à les chasser de mon esprit	1	2	3	4
39. Je suis une personne qui a les nerfs solides	1	2	3	4
40. Je deviens tendu(e) ou bouleversé(e) quand je songe à mes préoccupations et à mes intérêts récents	1	2	3	4

Version française du «CESD-F»

Pouvez-vous nous dire à quelle fréquence au cours de la dernière semaine, vous vous êtes senti(e) ou comporté(e) de la façon suivante: (Encerclez la réponse qui vous convient le mieux).

		Rarement ou jamais	Parfois ou peu souvent (1-2 jours)	Occasionnellement ou modérément (3-4 jours)	La plupart du temps ou tout le temps (5-7 jours)
1)	J'étais dérangé(e) par des choses qui habituellement ne me dérangent pas.	0	1	2	3
2)	Je n'avais pas envie de manger; j'avais peu d'appétit.	0	1	2	3
3)	Je sentais que je ne pouvais pas me défaire de mes idées noires même avec l'aide de ma famille ou de mes amis(es).	0	1	2	3
4)	Je me sentais aussi bon(ne) que les autres personnes.	0	1	2	3
5)	J'avais de la difficulté à me concentrer sur ce que je faisais.	0	1	2	3
6)	Je me sentais déprimé(e).	0	1	2	3
7)	Je sentais que tout ce que je faisais me demandait un effort.	0	1	2	3
8)	Je me sentais plein d'espoir vis-à-vis l'avenir.	0	1	2	3
9)	Je sentais que ma vie était un échec.	0	1	2	3
10)	Je me sentais craintif(ve).	0	1	2	3
11)	Mon sommeil était agité.	0	1	2	3
12)	J'étais heureux(se).	0	1	2	3
13)	Je parlais moins qu'à l'habitude.	0	1	2	3
14)	Je me sentais seul(e).	0	1	2	3
15)	Les gens n'étaient pas amicaux.	0	1	2	3
16)	Je profitais de la vie.	0	1	2	3
17)	J'avais des crises de larmes.	0	1	2	3
18)	Je me sentais triste.	0	1	2	3
19)	Je sentais que les gens ne m'aimaient pas.	0	1	2	3
20)	Je ne parvenais pas à "aller de l'avant".	0	1	2	3

INFORMATIONS GÉNÉRALES

1. Êtes-vous? (1)☐ Femme (2) ☐ Homme

2. Âge : __________

3. Quel est votre état matrimonial actuel?
   - (1) ☐ Marié(e), y compris en union libre
   - (2) ☐ Célibataire
   - (3) ☐ Séparé(e) / Divorcé(e)
   - (4) ☐ Veuf / Veuve

4. Présentement, quelle est votre **principale** occupation? (cochez une seule réponse)
   - (1) ☐ Travail à temps plein
   - (2) ☐ Travail à temps partiel
   - (3) ☐ Chômage
   - (4) ☐ Retraite
   - (5) ☐ Études à temps plein
   - (6) ☐ Études à temps partiel
   - (7) ☐ Études à temps partiel et travail à temps partiel
   - (8) ☐ À la maison (entretien de la maison et/ou soins des enfants)
   - (9) ☐ Autre, précisez ______________________________

5. Quel est votre plus haut niveau de scolarité? (cochez une seule réponse)
   - (1) ☐ Aucune scolarité
   - (2) ☐ Primaire non complété
   - (3) ☐ Primaire complété
   - (4) ☐ Secondaire non complété
   - (5) ☐ Secondaire complété
   - (6) ☐ Études collégiales non complétées
   - (7) ☐ Études collégiales complétées
   - (8) ☐ Certificat universitaire complété
   - (9) ☐ Baccalauréat universitaire non complété
   - (10)☐ Baccalauréat universitaire complété
   - (11)☐ Maîtrise complétée
   - (12)☐ Doctorat complété

6. Quelle est votre estimation de votre revenu personnel total au cours des 12 derniers mois?
   - (1) ☐ Moins de 15 000$
   - (2) ☐ Entre 15 000$ et moins de 25 000$
   - (3) ☐ Entre 25 000$ et moins de 35 000$
   - (4) ☐ Entre 35 000$ et moins de 45 000$
   - (5) ☐ Entre 45 000$ et moins de 55 000$
   - (6) ☐ 55 000$ et plus
   - (7) ☐ Aucun revenu
   - (8) ☐ Ne sais pas

7. Si vous vivez en couple, quelle est votre estimation du revenu de couple total (les deux conjoints réunis avant impôt) au cours des 12 derniers mois?
   - (1) ☐ Moins de 15 000$
   - (2) ☐ Entre 15 000$ et moins de 25 000$
   - (3) ☐ Entre 25 000$ et moins de 35 000$
   - (4) ☐ Entre 35 000$ et moins de 45 000$
   - (5) ☐ Entre 45 000$ et moins de 55 000$
   - (6) ☐ 55 000$ et plus
   - (7) ☐ Aucun revenu
   - (8) ☐ Ne sais pas
   - (9) ☐ Ne s'applique pas

8. Êtes-vous actuellement en thérapie ? (sinon, passez à la question 11)______________________________

9. Si oui, depuis combien de temps ?______________________________

10. Donnez une brève description des problèmes (ou motifs) qui vous ont amené à demander l'aide de votre thérapeute.

____

____

____

11. Prenez-vous actuellement un ou des médicaments en lien avec des problèmes ou difficultés psychologiques?

(1) □ Non

(2) □ Oui : Si oui, précisez le nom du ou des médicament(s) et/ou la raison pour laquelle vous le(s) prenez.

____

____

____

12. Avez-vous vécu un(des) événement(s) stressant(s) récemment (décès d'un proche, perte de travail, séparation, naissance, etc.)?

(1) □ Non

(2) □ Oui : Si oui, précisez les événements que vous avez vécus.

____

____

____

QUESTIONNAIRE SUR L'EXPÉRIENCE MUSICALE

1. Expérience pratique :

a) Jouez-vous ou avez-vous déjà joué d'un instrument de musique?__________________________

b) Avez-vous bénéficié de leçons privées ? _______ De leçons de groupe ? _______ Pendant combien de temps ? ________ Sur quel instrument ? ____________ En chant ?

____

c) Avez-vous déjà chanté dans une chorale ? ______________________________

d) Pouvez-vous lire des partitions musicales ? ______________________________

2. Perception et appréciation de la musique :

a) Écoutez-vous de la musique à la radio ? _________ Sur disque ou cassette ? _______ À la télévision ? _____________

b) Achetez-vous régulièrement des enregistrements de musique (disques ou cassettes) ? ________ À quelle fréquence ? ______________________________

c) À quelle fréquence écoutez-vous de la musique (en nombre d'heures par semaine)?

____

d) Utilisez-vous habituellement la musique comme accompagnement pour d'autres activités (musique de fond) ou y consacrez-vous toute votre attention lorsque vous en écoutez ?

____

e) Portez-vous attention au fond musical lorsque vous regardez la télévision ou lorsque vous allez au cinéma ? ______________________________

f) Est-ce que vous aimez la musique ou est-ce que vous la tolérez seulement?______________________________

3. Préférences musicales :

a) Quel type de musique écoutez-vous ces temps-ci ? ____________________

b) Est-ce que ce type de musique correspond à celui que vous préférez ? ____________________

c) Voici une liste de catégories musicales. Lisez-les et veuillez côter chaque type selon votre appréciation de celui-ci.

Classe musicale	Type de musique	Je ne connais pas bien ce genre musical	Je n'aime pas ce genre musical	Ce genre de musique me laisse neutre	J'aime ce genre musical
Populaire	Ballades	0	1	2	3
	Folk	0	1	2	3
	Jazz	0	1	2	3
	Blues	0	1	2	3
	Country-Western	0	1	2	3
	Rock	0	1	2	3
	Soul	0	1	2	3
	Rap	0	1	2	3
	Musique urbaine (techno, trance, lounge, etc.)	0	1	2	3
	Comédies musicales	0	1	2	3
	Marches	0	1	2	3
	Trames sonores	0	1	2	3
	Valses	0	1	2	3
Classique	Musique vocale	0	1	2	3
	Hymnes - chants sacrés	0	1	2	3
	Oratorios	0	1	2	3
	Messes	0	1	2	3
	Opéras	0	1	2	3
	Opérettes	0	1	2	3
	Instrumentale	0	1	2	3
	Symphonies	0	1	2	3
	Sonates	0	1	2	3
	Ouvertures	0	1	2	3

d) Veuillez s'il vous plaît faire la liste des enregistrements ou des pièces que vous appréciez particulièrement.

____

____

e) Veuillez s'il vous plaît indiquer quels sont vos compositeurs ou vos artistes favoris.

4. Avez-vous des troubles de l'audition ?

À quand remonte le dernier examen à ce sujet ?

Appendice D

Questionnaire pour le posttest du groupe expérimental

IASTA (Forme Y-1)

Consignes: Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'énoncés qui ont déjà été utilisés par des gens pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis en encerclant le chiffre approprié à droite de l'énoncé, indiquez comment vous vous sentez maintenant, c'est-à-dire à ce moment précis. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé ou l'autre mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez présentement.

1 Presque Jamais	2 Quelquefois	3 Souvent	4 Presque toujours

21. Je me sens bien	1	2	3	4
22. Je me sens nerveux(se) et agité(e)	1	2	3	4
23. Je me sens content(e) de moi-même	1	2	3	4
24. Je voudrais être aussi heureux(se) que les autres semblent l'être.	1	2	3	4
25. J'ai l'impression d'être un(e) raté(e)	1	2	3	4
26. Je me sens reposé(e)	1	2	3	4
27. Je suis d'un grand calme	1	2	3	4
28. Je sens que les difficultés s'accumulent au point où je n'arrive pas à les surmonter	1	2	3	4
29. Je m'en fais trop pour des choses qui n'en valent pas vraiment la peine	1	2	3	4
30. Je suis heureux(se)	1	2	3	4
31. J'ai des pensées troublantes	1	2	3	4
32. Je manque de confiance en moi	1	2	3	4
33. Je me sens en sécurité	1	2	3	4
34. Prendre des décisions m'est facile	1	2	3	4
35. Je sens que je ne suis pas à la hauteur de la situation	1	2	3	4
36. Je suis satisfait(e)	1	2	3	4
37. Des idées sans importances me passent par la tête et me tracassent	1	2	3	4
38. Je prends les désappointements tellement à cœur que je n'arrive pas à les chasser de mon esprit	1	2	3	4
39. Je suis une personne qui a les nerfs solides	1	2	3	4
40. Je deviens tendu(e) ou bouleversé(e) quand je songe à mes préoccupations et à mes intérêts récents	1	2	3	4

QUESTIONNAIRE DE ROSENBERG

Indiquez jusqu'à quel point vous êtes d'accord avec chacun des énoncés suivants, en cochant la réponse qui décrit le mieux votre opinion. Toutes les réponses sont bonnes en autant qu'elles correspondent à ce que vous pensez vraiment. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé, essayez de répondre spontanément.

	Tout à fait d'accord	**D'accord**	**Pas d'accord**	**Pas du tout d'accord**
1. Je considère que j'ai au moins autant de valeur que les autres personnes.	☐	☐	☐	☐
2. Je crois posséder un certain nombre de qualités.	☐	☐	☐	☐
3. Tout compte fait, j'ai tendance à penser que j'ai tout raté.	☐	☐	☐	☐
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que les autres.	☐	☐	☐	☐
5. Je crois qu'il n'y a pas grand-chose dont je puisse être fier(fière).	☐	☐	☐	☐
6. J'ai une attitude positive envers moi-même.	☐	☐	☐	☐
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de moi.	☐	☐	☐	☐
8. Je souhaiterais avoir plus de respect pour moi-même.	☐	☐	☐	☐
9. Il m'arrive parfois de me sentir inutile.	☐	☐	☐	☐
10. Je pense parfois que je suis bon(ne) à rien.	☐	☐	☐	☐

MAP

Cochez □ votre réponse dans le carré approprié.

1. Je suis une personne qui s'estime ____________________.

□ Très peu □ Peu □ Assez □ Beaucoup □ Énormément

2. En toute circonstance, je peux __________________ exprimer mes émotions.

□ Très difficilement □ Difficilement □ Assez facilement □ Facilement □ Très facilement

3. Je suis capable de prévoir mes réactions.

□ Très rarement □ Rarement □ Parfois □ Souvent □ Très souvent

4. Je crois que la vie est bonne pour moi.

□ Très peu □ Peu □ Assez fortement □ Fortement □ Très fortement

5. Je m'adapte __________________ au changement.

□ Très difficilement □ Difficilement □ Assez difficilement □ Facilement □ Très facilement

6. Pour connaître ma valeur, je me base _______________ sur ce que pensent les autres.

□ Très peu □ Peu □ Assez □ Beaucoup □ Énormément

7. Quoiqu'il m'arrive, je fais ______________ confiance à ce que je ressens.

□ Très peu □ Peu □ Assez □ Beaucoup □ Énormément

8. J'ai l'impression d'être ____________responsable de ma vie.

□ Très peu □ Peu □ Assez fortement □ Fortement □ Très fortement

9. Pour moi, le moment présent compte _______________.

□ Très peu □ Peu □ Assez □ Beaucoup □ Énormément

10. Je connais ________________ mes forces et mes limites.

□ Très mal □ Mal □ Assez bien □ Bien □ Très bien

11. Je suis _________________ porté(e) à suivre l'exemple des autres.

□ Très rarement □ Rarement □ Parfois □ Souvent □ Très souvent

12. J'écoute ________________ mes émotions.

□ Très peu □ Peu □ Assez □ Beaucoup □ Énormément

13. J'essaie _______________ de me mettre dans la peau de quelqu'un pour le comprendre.

□ Très rarement □ Rarement □ Parfois □ Souvent □ Très souvent

14. Je crois _____________ que les gens sont fondamentalement bons.

☐ Très peu ☐ Peu ☐ Assez fortement ☐ Fortement ☐ Très fortement

15. Je peux _________________ agir spontanément sans perdre le contrôle.

☐ Très difficilement ☐ Difficilement ☐ Assez difficilement ☐ Facilement ☐ Très facilement

16. Je tiens _________________ à prendre moi-même mes décisions.

☐ Très peu ☐ Peu ☐ Assez ☐ Beaucoup ☐ Énormément

17. Je partage mes joies et mes peines avec un(e) confident(e).

☐ Très rarement ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Très souvent

18. En réfléchissant sur ma vie passée, il m'arrive _______________ de comprendre tout à coup pourquoi certaines choses se sont produites.

☐ Très rarement ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Très souvent

19. Par ma façon de voir, je donne _______________ un sens à ma vie.

☐ Très rarement ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Très souvent

20. Habituellement, je passe _________________ à travers les échecs importants.

☐ Très difficilement ☐ Difficilement ☐ Assez difficilement ☐ Facilement ☐ Très facilement

21. Les critiques m'empêchent _________________ de réaliser ce que j'ai le goût de faire.

☐ Très rarement ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Très souvent

22. Avec les autres, je me montre _______________ comme je suis.

☐ Très rarement ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Très souvent

23. Je suis _____________ porté(e) à m'engager dans des causes importantes.

☐ Très peu ☐ Peu ☐ Assez ☐ Beaucoup ☐ Énormément

24. J'arrive ______________________ à donner une sens à ma vie.

☐ Très difficilement ☐ Difficilement ☐ Assez difficilement ☐ Facilement ☐ Très facilement

25. Dans les situations difficiles, je reste _________________ fidèle à moi-même.

☐ Très rarement ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Très souvent

26. J'exprime ______________________ mes opinions.

☐ Très difficilement ☐ Difficilement ☐ Assez difficilement ☐ Facilement ☐ Très facilement

27. Je peux _____________________ m'intéresser aux problèmes des autres sans penser aux miens.

☐ Très difficilement ☐ Difficilement ☐ Assez difficilement ☐ Facilement ☐ Très facilement

MSP-25 A

Après chaque item, encerclez le chiffre de 1 à 8 en indiquant jusqu'à quel degré l'item vous décrit bien dernièrement, c'est-à-dire depuis les 4 ou 5 derniers jours. Les chiffres de 1 à 8 signifient :

1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout	Pas vraiment	Très peu	Un peu	Plutôt oui	Passablement	Beaucoup	Énormément

DERNIÈREMENT, C'EST-À-DIRE EN PENSANT AUX 4 OU 5 DERNIERS JOURS :

1. Je suis tendu(e) ou crispé(e).	1	2	3	4	5	6	7	8
2. Je me sens la gorge serrée ou j'ai la bouche sèche.	1	2	3	4	5	6	7	8
3. Je me sens pressé(e) par le temps, coincé(e) par le temps, je manque de temps.	1	2	3	4	5	6	7	8
4. J'ai tendance à sauter des repas ou à oublier de manger.	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Je ressasse les mêmes idées, rumine, jongle, j'ai les mêmes pensées à répétition, la tête pleine.	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Je me sens seul(e), isolé(e), incompris(e).	1	2	3	4	5	6	7	8
7. J'ai des douleurs physiques : mal au dos, mal à la tête, mal dans la nuque, mal au ventre.	1	2	3	4	5	6	7	8
8. Je suis préoccupé(e), tourmenté(e) ou tracassé(e).	1	2	3	4	5	6	7	8
9. J'ai des variations de température corporelle subites (très froid ou très chaud).	1	2	3	4	5	6	7	8
10. J'oublie des rendez-vous, des objets ou des affaires à faire.	1	2	3	4	5	6	7	8
11. Je pleure.	1	2	3	4	5	6	7	8
12. Je suis fatigué(e).	1	2	3	4	5	6	7	8
13. J'ai les mâchoires serrées.	1	2	3	4	5	6	7	8
14. Je suis calme.	1	2	3	4	5	6	7	8
15. Je pousse de longs soupirs ou je reprends tout à coup ma respiration.	1	2	3	4	5	6	7	8
16. J'ai la diarrhée ou des crampes intestinales ou constipé(e).	1	2	3	4	5	6	7	8
17. Je suis anxieux(se), inquièt(e) ou angoissé(e).	1	2	3	4	5	6	7	8
18. Je sursaute (fais des sauts).	1	2	3	4	5	6	7	8
19. Je prends plus d'une demi-heure à m'endormir.	1	2	3	4	5	6	7	8
20. Je suis confus(e), je n'ai pas les idées claires, je manque d'attention et de concentration.	1	2	3	4	5	6	7	8
21. J'ai les traits tirés ou les yeux cernés.	1	2	3	4	5	6	7	8
22. Je sens « beaucoup de pression sur les épaules ».	1	2	3	4	5	6	7	8
23. Je suis fébrile, j'ai toujours le goût de bouger, je ne tiens pas en place, je suis énervé(e).	1	2	3	4	5	6	7	8
24. Je contrôle mal mes réactions, mes humeurs, mes gestes.	1	2	3	4	5	6	7	8
25. Je suis stressé(e).	1	2	3	4	5	6	7	8

Questionnaire d'évaluation personnelle
IASTA (Forme Y-2)

Consignes: Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'énoncés qui ont déjà été utilisés par des gens pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis en encerclant le chiffre approprié à droite de l'énoncé, indiquez comment vous vous sentez **en général**. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé ou l'autre mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez **en général.**

1 Presque Jamais	2 Quelquefois	3 Souvent	4 Presque toujours

21. Je me sens bien	1	2	3	4
22. Je me sens nerveux(se) et agité(e)	1	2	3	4
23. Je me sens content(e) de moi-même	1	2	3	4
24. Je voudrais être aussi heureux(se) que les autres semblent l'être.	1	2	3	4
25. J'ai l'impression d'être un(e) raté(e)	1	2	3	4
26. Je me sens reposé(e)	1	2	3	4
27. Je suis d'un grand calme	1	2	3	4
28. Je sens que les difficultés s'accumulent au point où je n'arrive pas à les surmonter	1	2	3	4
29. Je m'en fais trop pour des choses qui n'en valent pas vraiment la peine	1	2	3	4
30. Je suis heureux(se)	1	2	3	4
31. J'ai des pensées troublantes	1	2	3	4
32. Je manque de confiance en moi	1	2	3	4
33. Je me sens en sécurité	1	2	3	4
34. Prendre des décisions m'est facile	1	2	3	4
35. Je sens que je ne suis pas à la hauteur de la situation	1	2	3	4
36. Je suis satisfait(e)	1	2	3	4
37. Des idées sans importances me passent par la tête et me tracassent	1	2	3	4
38. Je prends les désappointements tellement à cœur que je n'arrive pas à les chasser de mon esprit	1	2	3	4
39. Je suis une personne qui a les nerfs solides	1	2	3	4
40. Je deviens tendu(e) ou bouleversé(e) quand je songe à mes préoccupations et à mes intérêts récents	1	2	3	4

Version franąaise du «CESD-F»

Pouvez-vous nous dire à quelle fréquence au cours de la dernière semaine, vous vous êtes senti(e) ou comporté(e) de la façon suivante: (Encerclez la réponse qui vous convient le mieux).

	Rarement ou jamais	Parfois ou peu souvent (1-2 jours)	Occasionnellement ou modérément (3-4 jours)	La plupart du temps ou tout le temps (5-7 jours)
1) J'étais dérangé(e) par des choses qui habituellement ne me dérangent pas.	0	1	2	3
2) Je n'avais pas envie de manger; j'avais peu d'appétit.	0	1	2	3
3) Je sentais que je ne pouvais pas me défaire de mes idées noires même avec l'aide de ma famille ou de mes amis(es).	0	1	2	3
4) Je me sentais aussi bon(ne) que les autres personnes.	0	1	2	3
5) J'avais de la difficulté à me concentrer sur ce que je faisais.	0	1	2	3
6) Je me sentais déprimé(e).	0	1	2	3
7) Je sentais que tout ce que je faisais me demandait un effort.	0	1	2	3
8) Je me sentais plein d'espoir vis-à-vis l'avenir.	0	1	2	3
9) Je sentais que ma vie était un échec.	0	1	2	3
10) Je me sentais craintif(ve).	0	1	2	3
11) Mon sommeil était agité.	0	1	2	3
12) J'étais heureux(se).	0	1	2	3
13) Je parlais moins qu'à l'habitude.	0	1	2	3
14) Je me sentais seul(e).	0	1	2	3
15) Les gens n'étaient pas amicaux.	0	1	2	3
16) Je profitais de la vie.	0	1	2	3
17) J'avais des crises de larmes.	0	1	2	3
18) Je me sentais triste.	0	1	2	3
19) Je sentais que les gens ne m'aimaient pas.	0	1	2	3
20) Je ne parvenais pas à "aller de l'avant".	0	1	2	3

Questions sur l'activité

1) À combien de séances avez-vous participé ?______________________________

2) Commentaires sur l'activité en général (points forts et points à améliorer, etc.) :

Appendice E

Questionnaire pour le posttest du groupe contrôle

IASTA (Forme Y-1)

Consignes: Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'énoncés qui ont déjà été utilisés par des gens pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis en encerclant le chiffre approprié à droite de l'énoncé, indiquez comment vous vous sentez maintenant, c'est-à-dire à ce moment précis. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé ou l'autre mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez présentement.

1 Presque Jamais	2 Quelquefois	3 Souvent	4 Presque toujours

21. Je me sens bien	1	2	3	4
22. Je me sens nerveux(se) et agité(e)	1	2	3	4
23. Je me sens content(e) de moi-même	1	2	3	4
24. Je voudrais être aussi heureux(se) que les autres semblent l'être.	1	2	3	4
25. J'ai l'impression d'être un(e) raté(e)	1	2	3	4
26. Je me sens reposé(e)	1	2	3	4
27. Je suis d'un grand calme	1	2	3	4
28. Je sens que les difficultés s'accumulent au point où je n'arrive pas à les surmonter	1	2	3	4
29. Je m'en fais trop pour des choses qui n'en valent pas vraiment la peine	1	2	3	4
30. Je suis heureux(se)	1	2	3	4
31. J'ai des pensées troublantes	1	2	3	4
32. Je manque de confiance en moi	1	2	3	4
33. Je me sens en sécurité	1	2	3	4
34. Prendre des décisions m'est facile	1	2	3	4
35. Je sens que je ne suis pas à la hauteur de la situation	1	2	3	4
36. Je suis satisfait(e)	1	2	3	4
37. Des idées sans importances me passent par la tête et me tracassent	1	2	3	4
38. Je prends les désappointements tellement à cœur que je n'arrive pas à les chasser de mon esprit	1	2	3	4
39. Je suis une personne qui a les nerfs solides	1	2	3	4
40. Je deviens tendu(e) ou bouleversé(e) quand je songe à mes préoccupations et à mes intérêts récents	1	2	3	4

QUESTIONNAIRE DE ROSENBERG

Indiquez jusqu'à quel point vous êtes d'accord avec chacun des énoncés suivants, en cochant la réponse qui décrit le mieux votre opinion. Toutes les réponses sont bonnes en autant qu'elles correspondent à ce que vous pensez vraiment. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé, essayez de répondre spontanément.

	Tout à fait d'accord	**D'accord**	**Pas d'accord**	**Pas du tout d'accord**
1. Je considère que j'ai au moins autant de valeur que les autres personnes.	☐	☐	☐	☐
2. Je crois posséder un certain nombre de qualités.	☐	☐	☐	☐
3. Tout compte fait, j'ai tendance à penser que j'ai tout raté.	☐	☐	☐	☐
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que les autres.	☐	☐	☐	☐
5. Je crois qu'il n'y a pas grand-chose dont je puisse être fier(fière).	☐	☐	☐	☐
6. J'ai une attitude positive envers moi-même.	☐	☐	☐	☐
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de moi.	☐	☐	☐	☐
8. Je souhaiterais avoir plus de respect pour moi-même.	☐	☐	☐	☐
9. Il m'arrive parfois de me sentir inutile.	☐	☐	☐	☐
10. Je pense parfois que je suis bon(ne) à rien.	☐	☐	☐	☐

MAP

Cochez □ votre réponse dans le carré approprié.

1. Je suis une personne qui s'estime ___________________.

□ Très peu □ Peu □ Assez □ Beaucoup □ Énormément

2. En toute circonstance, je peux _________________ exprimer mes émotions.

□ Très difficilement □ Difficilement □ Assez facilement □ Facilement □ Très facilement

3. Je suis capable de prévoir mes réactions.

□ Très rarement □ Rarement □ Parfois □ Souvent □ Très souvent

4. Je crois que la vie est bonne pour moi.

□ Très peu □ Peu □ Assez fortement □ Fortement □ Très fortement

5. Je m'adapte _________________ au changement.

□ Très difficilement □ Difficilement □ Assez difficilement □ Facilement □ Très facilement

6. Pour connaître ma valeur, je me base _______________ sur ce que pensent les autres.

□ Très peu □ Peu □ Assez □ Beaucoup □ Énormément

7. Quoiqu'il m'arrive, je fais ______________ confiance à ce que je ressens.

□ Très peu □ Peu □ Assez □ Beaucoup □ Énormément

8. J'ai l'impression d'être ____________responsable de ma vie.

□ Très peu □ Peu □ Assez fortement □ Fortement □ Très fortement

9. Pour moi, le moment présent compte _______________.

□ Très peu □ Peu □ Assez □ Beaucoup □ Énormément

10. Je connais ________________ mes forces et mes limites.

□ Très mal □ Mal □ Assez bien □ Bien □ Très bien

11. Je suis ________________ porté(e) à suivre l'exemple des autres.

□ Très rarement □ Rarement □ Parfois □ Souvent □ Très souvent

12. J'écoute ________________ mes émotions.

□ Très peu □ Peu □ Assez □ Beaucoup □ Énormément

13. J'essaie _______________ de me mettre dans la peau de quelqu'un pour le comprendre.

□ Très rarement □ Rarement □ Parfois □ Souvent □ Très souvent

14. Je crois _____________ que les gens sont fondamentalement bons.

☐ Très peu ☐ Peu ☐ Assez fortement ☐ Fortement ☐ Très fortement

15. Je peux _________________ agir spontanément sans perdre le contrôle.

☐ Très difficilement ☐ Difficilement ☐ Assez difficilement ☐ Facilement ☐ Très facilement

16. Je tiens _________________ à prendre moi-même mes décisions.

☐ Très peu ☐ Peu ☐ Assez ☐ Beaucoup ☐ Énormément

17. Je partage mes joies et mes peines avec un(e) confident(e).

☐ Très rarement ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Très souvent

18. En réfléchissant sur ma vie passée, il m'arrive _______________ de comprendre tout à coup pourquoi certaines choses se sont produites.

☐ Très rarement ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Très souvent

19. Par ma façon de voir, je donne _______________ un sens à ma vie.

☐ Très rarement ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Très souvent

20. Habituellement, je passe _________________ à travers les échecs importants.

☐ Très difficilement ☐ Difficilement ☐ Assez difficilement ☐ Facilement ☐ Très facilement

21. Les critiques m'empêchent _________________ de réaliser ce que j'ai le goût de faire.

☐ Très rarement ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Très souvent

22. Avec les autres, je me montre _______________ comme je suis.

☐ Très rarement ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Très souvent

23. Je suis _____________ porté(e) à m'engager dans des causes importantes.

☐ Très peu ☐ Peu ☐ Assez ☐ Beaucoup ☐ Énormément

24. J'arrive ______________________ à donner une sens à ma vie.

☐ Très difficilement ☐ Difficilement ☐ Assez difficilement ☐ Facilement ☐ Très facilement

25. Dans les situations difficiles, je reste _________________ fidèle à moi-même.

☐ Très rarement ☐ Rarement ☐ Parfois ☐ Souvent ☐ Très souvent

26. J'exprime ______________________ mes opinions.

☐ Très difficilement ☐ Difficilement ☐ Assez difficilement ☐ Facilement ☐ Très facilement

27. Je peux _____________________ m'intéresser aux problèmes des autres sans penser aux miens.

☐ Très difficilement ☐ Difficilement ☐ Assez difficilement ☐ Facilement ☐ Très facilement

MSP-25 A

Après chaque item, encerclez le chiffre de 1 à 8 en indiquant jusqu'à quel degré l'item vous décrit bien dernièrement, c'est-à-dire depuis les 4 ou 5 derniers jours. Les chiffres de 1 à 8 signifient :

1	2	3	4	5	6	7	8
Pas du tout	Pas vraiment	Très peu	Un peu	Plutôt oui	Passablement	Beaucoup	Énormément

DERNIÈREMENT, C'EST-À-DIRE EN PENSANT AUX 4 OU 5 DERNIERS JOURS :

1. Je suis tendu(e) ou crispé(e).	1	2	3	4	5	6	7	8
2. Je me sens la gorge serrée ou j'ai la bouche sèche.	1	2	3	4	5	6	7	8
3. Je me sens pressé(e) par le temps, coincé(e) par le temps, je manque de temps.	1	2	3	4	5	6	7	8
4. J'ai tendance à sauter des repas ou à oublier de manger.	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Je ressasse les mêmes idées, rumine, jongle, j'ai les mêmes pensées à répétition, la tête pleine.	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Je me sens seul(e), isolé(e), incompris(e).	1	2	3	4	5	6	7	8
7. J'ai des douleurs physiques : mal au dos, mal à la tête, mal dans la nuque, mal au ventre.	1	2	3	4	5	6	7	8
8. Je suis préoccupé(e), tourmenté(e) ou tracassé(e).	1	2	3	4	5	6	7	8
9. J'ai des variations de température corporelle subites (très froid ou très chaud).	1	2	3	4	5	6	7	8
10. J'oublie des rendez-vous, des objets ou des affaires à faire.	1	2	3	4	5	6	7	8
11. Je pleure.	1	2	3	4	5	6	7	8
12. Je suis fatigué(e).	1	2	3	4	5	6	7	8
13. J'ai les mâchoires serrées.	1	2	3	4	5	6	7	8
14. Je suis calme.	1	2	3	4	5	6	7	8
15. Je pousse de longs soupirs ou je reprends tout à coup ma respiration.	1	2	3	4	5	6	7	8
16. J'ai la diarrhée ou des crampes intestinales ou constipé(e).	1	2	3	4	5	6	7	8
17. Je suis anxieux(se), inquièt(e) ou angoissé(e).	1	2	3	4	5	6	7	8
18. Je sursaute (fais des sauts).	1	2	3	4	5	6	7	8
19. Je prends plus d'une demi-heure à m'endormir.	1	2	3	4	5	6	7	8
20. Je suis confus(e), je n'ai pas les idées claires, je manque d'attention et de concentration.	1	2	3	4	5	6	7	8
21. J'ai les traits tirés ou les yeux cernés.	1	2	3	4	5	6	7	8
22. Je sens « beaucoup de pression sur les épaules ».	1	2	3	4	5	6	7	8
23. Je suis fébrile, j'ai toujours le goût de bouger, je ne tiens pas en place, je suis énervé(e).	1	2	3	4	5	6	7	8
24. Je contrôle mal mes réactions, mes humeurs, mes gestes.	1	2	3	4	5	6	7	8
25. Je suis stressé(e).	1	2	3	4	5	6	7	8

Questionnaire d'évaluation personnelle
IASTA (Forme Y-2)

Consignes: Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'énoncés qui ont déjà été utilisés par des gens pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis en encerclant le chiffre approprié à droite de l'énoncé, indiquez comment vous vous sentez **en général**. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé ou l'autre mais donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez **en général.**

1 Presque Jamais	2 Quelquefois	3 Souvent	4 Presque toujours

21. Je me sens bien	1	2	3	4
22. Je me sens nerveux(se) et agité(e)	1	2	3	4
23. Je me sens content(e) de moi-même	1	2	3	4
24. Je voudrais être aussi heureux(se) que les autres semblent l'être.	1	2	3	4
25. J'ai l'impression d'être un(e) raté(e)	1	2	3	4
26. Je me sens reposé(e)	1	2	3	4
27. Je suis d'un grand calme	1	2	3	4
28. Je sens que les difficultés s'accumulent au point où je n'arrive pas à les surmonter	1	2	3	4
29. Je m'en fais trop pour des choses qui n'en valent pas vraiment la peine	1	2	3	4
30. Je suis heureux(se)	1	2	3	4
31. J'ai des pensées troublantes	1	2	3	4
32. Je manque de confiance en moi	1	2	3	4
33. Je me sens en sécurité	1	2	3	4
34. Prendre des décisions m'est facile	1	2	3	4
35. Je sens que je ne suis pas à la hauteur de la situation	1	2	3	4
36. Je suis satisfait(e)	1	2	3	4
37. Des idées sans importances me passent par la tête et me tracassent	1	2	3	4
38. Je prends les désappointements tellement à cœur que je n'arrive pas à les chasser de mon esprit	1	2	3	4
39. Je suis une personne qui a les nerfs solides	1	2	3	4
40. Je deviens tendu(e) ou bouleversé(e) quand je songe à mes préoccupations et à mes intérêts récents	1	2	3	4

Version franąaise du «CESD-F»

Pouvez-vous nous dire à quelle fréquence au cours de la dernière semaine, vous vous êtes senti(e) ou comporté(e) de la façon suivante: (Encerclez la réponse qui vous convient le mieux).

	Rarement ou jamais	Parfois ou peu souvent (1-2 jours)	Occasionnellement ou modérément (3-4 jours)	La plupart du temps ou tout le temps (5-7 jours)
1) J'étais dérangé(e) par des choses qui habituellement ne me dérangent pas.	0	1	2	3
2) Je n'avais pas envie de manger; j'avais peu d'appétit.	0	1	2	3
3) Je sentais que je ne pouvais pas me défaire de mes idées noires même avec l'aide de ma famille ou de mes amis(es).	0	1	2	3
4) Je me sentais aussi bon(ne) que les autres personnes.	0	1	2	3
5) J'avais de la difficulté à me concentrer sur ce que je faisais.	0	1	2	3
6) Je me sentais déprimé(e).	0	1	2	3
7) Je sentais que tout ce que je faisais me demandait un effort.	0	1	2	3
8) Je me sentais plein d'espoir vis-à-vis l'avenir.	0	1	2	3
9) Je sentais que ma vie était un échec.	0	1	2	3
10) Je me sentais craintif(ve).	0	1	2	3
11) Mon sommeil était agité.	0	1	2	3
12) J'étais heureux(se).	0	1	2	3
13) Je parlais moins qu'à l'habitude.	0	1	2	3
14) Je me sentais seul(e).	0	1	2	3
15) Les gens n'étaient pas amicaux.	0	1	2	3
16) Je profitais de la vie.	0	1	2	3
17) J'avais des crises de larmes.	0	1	2	3
18) Je me sentais triste.	0	1	2	3
19) Je sentais que les gens ne m'aimaient pas.	0	1	2	3
20) Je ne parvenais pas à "aller de l'avant".	0	1	2	3

Appendice F

Liste complète des séquences musicales utilisées

Tous les extraits sont présentés dans l'ordre d'écoute lors des séances.

Au début de chaque séance, pendant la relaxation :

Compositeur	Titre oeuvre	Interprète(s)	Durée	Compagnie d'enregistrement	Numéro du disque
Coxon, R. H.	The light	Robert Haig Coxon	6m15s	R.H.C. Productions Inc.	RHC-CD-5501

Première séance :

Compositeur	Titre oeuvre	Interprète(s)	Durée	Compagnie d'enregistrement	Numéro du disque
Debussy	Prélude à l'après-midi d'un faune	Cleveland Orchestra, dir. : Vladimir Ashkenazy	10m03s	Decca, Coll. Éloquence	4674282

Deuxième séance :

Compositeur	Titre oeuvre	Interprète(s)	Durée	Compagnie d'enregistrement	Numéro du disque
Respighi	The Dove (The Birds)	Atlanta Symphony Orchestra (dir.: Louis Lane)	4m25s	Telarc	CD-80085
Saint-Saëns	Le Cygne (Carnaval des animaux)	Julian Lloyd Weber (cello), English Chamber Orchestra (dir. : Nicholas Cleobury)	3m17s	Phillips Classics	4681292

Troisième séance :

Compositeur	Titre oeuvre	Interprète(s)	Durée	Compagnie d'enregistrement	Numéro du disque
Respighi	Pines near a Catacomb (Pines of Rome)	Atlanta Symphony Orchestra (dir.: Louis Lane)	6m30s	Telarc	CD-80085
Respighi	Pines of the Janiculum (Pines of Rome)	Atlanta Symphony Orchestra (dir.: Louis Lane)	6m39s	Telarc	CD-80085

Quatrième séance :

Compositeur	Titre oeuvre	Interprète(s)	Durée	Compagnie d'enregistrement	Numéro du disque
Respighi	Pines of Villa Borghese (Pines of Rome)	Atlanta Symphony Orchestra (dir.: Louis Lane)	2m34s	Telarc	CD-80085
Holst	Mercury, the Winged Messenger (Planets)	Los Angeles Philharmonic Orchestra, dir.: Zubin Mehta	3m52s	Decca, Universal Music (coll.Éloquence)	4674182
Pachelbel	Canon en Ré	Academy of St-Martin in the Fields, dir. : Neville Marriner	5m04s	EMI, Compil. "The most relaxing classical music in the world…ever"	724356665026

Cinquième séance :

Compositeur	Titre oeuvre	Interprète(s)	Durée	Compagnie d'enregistrement	Numéro du disque
Respighi	Pines of the Appian Way (Pines of Rome)	Atlanta Symphony Orchestra (dir.: Louis Lane)	5m03s	Telarc	CD-80085
Holst	Mars, the Bringer of War (The Planets)	Los Angeles Philharmonic Orchestra, dir.: Zubin Mehta	7m14s	Decca, Universal Music (coll.Éloquence)	4674182

Sixième séance :

Compositeur	Titre oeuvre	Interprète(s)	Durée	Compagnie d'enregistrement	Numéro du disque
Beethoven	9ième symphonie en Ré mineur, op.125 (adagio molto e cantabile)	Chamber Orchestra of Europe Chef: Nikolaus Harnoncourt	13m34s	Teldec	9031-75713-2

Septième séance :

Compositeur	Titre oeuvre	Interprète(s)	Durée	Compagnie d'enregistrement	Numéro du disque
Vaughan Williams	The lark ascending	Iona Brown (violon) Academy of St-Martin-in-the-Fields dir.: Neville Marriner	16m08s	Decca (Vaughan Williams Orchestral Works)	4603572

Huitième séance :

Compositeur	Titre oeuvre	Interprète(s)	Durée	Compagnie d'enregistrement	Numéro du disque
Holst	Venus, the Bringer of Peace (The Planets)	Los Angeles Philharmonic Orchestra, dir.: Zubin Mehta	8m09s	Decca, Universal Music (coll.Éloquence)	4674182

Appendice G

Lettre pour le recrutement à la pré-expérimentation

Bonjour à tous et à toutes.

La présente est pour vous proposer une activité qui sera tenue dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de maîtrise intitulé *Impact d'un programme de musicothérapie réceptive sur des indices de santé mentale d'une population adulte non-clinique du Saguenay-Lac-St-Jean.* Cette activité consiste en un atelier d'imagerie mentale accompagnée de musique. Après une brève période de relaxation, les participants(es) sont invités(es) à vivre une expérience d'imagerie avec une musique classique choisie en arrière-plan et d'échanger en petit groupe sur leur vécu quant à cette expérience.

Les séances seront au nombre de huit (8), chacune durant entre 60 et 90 minutes. Elles auront lieu de 11h à 12h30 (max.) du lundi au jeudi pendant deux semaines consécutives. Les participants(es) devront répondre à un court questionnaire après chaque séance, de façon à transmettre leurs commentaires sur l'activité et orienter certains choix méthodologiques. Toutes les données recueillies le seront sous le couvert de l'anonymat (une fois le mémoire complété, les questionnaires seront détruits). Votre participation et vos commentaires seraient très appréciés et me permettront de rendre l'atelier plus fonctionnel et agréable.

Si vous êtes intéressés(es), veuillez me contacter au plus tard le ____________________ au numéro de téléphone ci-joint. Merci à l'avance,

Frédéric Pedneault
Paget :

Appendice H

Plan pour la présentation orale de l'activité

Précisions sur l'activité de musicothérapie:

L'activité combine l'imagerie mentale et l'écoute d'extraits musicaux dans un état de relaxation, ainsi que le partage en petit groupe. À la suite de la période consacrée à l'imagerie et à la musique, il vous sera demandé de produire un petit texte ou un dessin représentant votre imagerie. Une fois cette production terminée, chaque participant sera invité à parler de son expérience au reste du groupe.

Pour la pré-expérimentation seulement :

Il vous sera en plus demandé de répondre à un court questionnaire après chaque séance. Ce questionnaire vise à recueillir vos commentaires et certaines précisions sur votre expérience d'imagerie, de façon à réaliser les ajustements nécessaires pour rendre l'atelier le plus satisfaisant possible. Ce questionnaire demeure entièrement anonyme.

Pour l'expérimentation seulement :

Il vous sera de plus demandé de répondre à certains questionnaires à deux reprises. Tous les renseignements à votre sujet demeureront strictement confidentiels, toutes les données étant regroupées pour réaliser les analyses statistiques requises aux fins de l'étude. Puisque les informations seront traitées confidentiellement et à travers des mesures de tendance centrale, il sera impossible au responsable de l'activité de vous transmettre vos résultats personnels. Il vous sera cependant demandé de donner votre numéro de téléphone pour vous rejoindre afin de vous transmettre une information (changement du lieu des rencontres, par exemple). Cette liste de numéros de téléphone sera détruite dès la fin des rencontres.

Les séances seront au nombre de 8 et auront lieu à raison de quatre par semaine pendant 2 semaines consécutives. Chaque séance durera entre 60 et 90 minutes, à l'exception de la dernière, où l'on vous demandera en plus de répondre au questionnaire.

Il est possible qu'au cours de l'activité, vous repreniez contact avec des émotions et des pensées plus ou moins agréables. Si cela était le cas, vous êtes encouragé à en parler avec quelqu'un de confiance provenant du groupe (l'animateur ou un autre participant, par exemple), quelqu'un provenant de votre entourage en qui vous avez confiance, ou encore un intervenant en psychologie (l'animateur pourra en ce cas vous proposer des ressources).

Même s'il serait préférable que chaque participant soit présent jusqu'à la fin de l'activité, il vous est possible à tout moment de mettre fin à votre participation sans subir de préjudice. Si cela se produisait, il est possible que l'un des animateurs responsables demande à vous rencontrer, afin d'obtenir des éclaircissement sur votre décision et de vous orienter vers des ressources appropriées, si vous en éprouviez le désir ou le besoin. L'animateur a le droit de vous retirer de l'activité à tout moment s'il juge qu'elle pourrait vous causer du tort.

Responsable de l'étude sur la musicothérapie :

Frédéric Pedneault
Tél.:
courriel :

Appendice I

Questionnaire de pré-expérimentation

Questionnaire de pré-expérimentation

Séance no. _____

Au cours de la séance :

1. Ai-je eu une expérience d'imagerie mentale ?
   - ❑ Oui (précisez la forme : images, émotions, couleurs, etc.)_______________________________________.
   - ❑ Non
2. Décrivez sommairement le contenu de l'imagerie ou le type d'expérience que vous avez vécu.

____

____

____

____

____

3. Qu'est-ce qui m'a aidé au cours de la séance ?

   3.1 Sur le plan de la relaxation?

   ____

   ____

   3.2 Sur le plan de l'imagerie ?

   ____

   ____

   3.3 Sur le plan du partage et de l'intégration ?

   ____

   ____

4. Qu'est-ce qui m'a nui ?

   4.1 Sur le plan de la relaxation ?

   ____

   ____

4.2 Sur le plan de l'imagerie ?

4.3 Sur le plan du partage et de l'intégration ?

5. Quelles émotions la musique a-t-elle suscité en moi ?

Au terme de la séance :

6. Avec quelle émotion je repars ?

7. Quel(s) besoins je ressens ?

8. Commentaires et suggestions sur l'activité en général :

Appendice J

Lettre de présentation pour le recrutement du groupe expérimental

Bonjour à tous et à toutes.

La présente est pour vous proposer une activité qui sera tenue dans le cadre de la réalisation de mon mémoire de maîtrise intitulé *Impact d'un programme de musicothérapie réceptive sur des indices de santé mentale d'une population adulte non-clinique du Saguenay-Lac-St-Jean.* Cette activité consiste en un atelier d'imagerie mentale accompagnée de musique. Après une brève période de relaxation, les participants(es) sont invités(es) à vivre une expérience d'imagerie avec une musique classique choisie en arrière-plan et d'échanger en petit groupe sur leur vécu quant à cette expérience.

Les séances seront au nombre de huit (8), chacune durant entre 60 et 90 minutes. Elles auront lieu de 11h à 12h30 (max.) du lundi au jeudi pendant deux semaines consécutives. Les participants(es) devront répondre à un questionnaire avant le début de la première séance, ainsi qu'à la fin de la dernière séance. Toutes les données recueillies demeureront strictement confidentielles et seront regroupées en données statistiques, de façon à ce que l'on ne puisse identifier les participants(es) à la lecture des résultats (une fois le mémoire complété, les questionnaires seront détruits).

Si vous êtes intéressés(es), veuillez me contacter au plus tard vendredi le 24 janvier 17h00 au numéro de téléphone ci-joint. Merci à l'avance,

Frédéric Pedneault
Paget :

Appendice K

Plan présentation de l'activité pour le recrutement du groupe contrôle

Précisions sur l'activité de musicothérapie:

La recherche veut évaluer l'impact d'une activité combinant l'imagerie mentale et l'écoute d'extraits musicaux dans un état de relaxation, ainsi que le partage en petit groupe sur des variables de santé mentale. L'étude comporte un deuxième volet, qui se penche sur l'évolution de variables psychologiques dans le temps. Votre participation à ce deuxième volet est souhaitée.

Il vous sera demandé de répondre à certains questionnaires à deux reprises, une dizaine de jours séparant les deux passations. Tous les renseignements à votre sujet demeureront strictement confidentiels, toutes les données étant regroupées pour réaliser les analyses statistiques requises aux fins de l'étude. Puisque les informations seront traitées confidentiellement et à travers des mesures de tendance centrale, il sera impossible au responsable de l'activité de vous transmettre vos résultats personnels. Il vous sera cependant demandé de donner votre numéro de téléphone pour vous rejoindre afin de vous transmettre une information (changement du lieu des rencontres, par exemple). Cette liste de numéros de téléphone sera détruite dès la fin des rencontres.

Il est possible qu'en remplissant les questionnaires, vous repreniez contact avec des émotions et des pensées plus ou moins agréables. Si cela était le cas, vous êtes encouragé à en parler à l'évaluateur, à quelqu'un provenant de votre entourage en qui vous avez confiance, ou encore un intervenant en psychologie (l'évaluateur pourra en ce cas vous proposer des ressources).

Même s'il serait préférable que chaque participant complète l'activité en répondant aux deux questionnaires dans les délais prévus, il vous est possible à tout moment de mettre fin à votre participation sans subir de préjudice. Si cela se produisait, il est possible que l'évaluateur responsable demande à vous rencontrer, afin d'obtenir des éclaircissement sur votre décision et de vous orienter vers des ressources

appropriées, si vous en éprouviez le désir ou le besoin. L'animateur a le droit de vous retirer de l'activité à tout moment s'il juge qu'elle pourrait vous causer du tort.

Responsable de l'étude sur la musicothérapie :

Frédéric Pedneault
Tél.:
courriel :

Maîtrise en psychologie
Département des sciences de l'éducation et de psychologie
Université du Québec à Chicoutimi
555, boul. de l'Université
Chicoutimi, Québec
G7H 2B1

Appendice L

Feuille pour inscrire les coordonnées des personnes intéressées

Je suis intéressé(e) à participer à l'expérimentation du projet de recherche intitulé *Impact d'un programme de musicothérapie réceptive sur des indices de santé mentale d'une population adulte non-clinique du Saguenay-Lac-St-Jean*

NOM	**TÉLÉPHONE**

Appendice M

Consentement libre et éclairé pour le groupe expérimental

Formulaire de consentement libre et éclairé

Moi,____(Nom)__________________, déclare avoir été informé(e) de façon claire sur ce en quoi consiste la recherche sur l'*impact d'un programme de musicothérapie réceptive sur des indices de santé mentale chez une population adulte non-clinique du Saguenay-Lac-St-Jean.* Je comprends que cette activité comporte l'éventualité que des participants (y compris moi-même) partagent certains détails de leur vie personnelle. Je m'engage donc à écouter avec respect ces partages et à observer leur teneur strictement confidentielle en évitant de parler des confidences des membres à l'extérieur du groupe. J'ai été avisé(e) que les questionnaires que je devrai remplir au début et à la fin de l'activité seront tout à fait anonymes, mon nom n'apparaissant que sur le présent document et celui-ci étant conservé sous clé, dans une filière différente de celle où les questionnaires seront entreposés. Les rencontres auront lieu dans un local de l'Université du Québec à Chicoutimi. J'accepte de donner mes coordonnées à l'animateur, afin que celui-ci puisse m'informer sur certains facteurs, comme le report d'une séance ou un changement de local. Je sais que cette liste sera détruite dès la fin des rencontres. Je renonce à tenter d'obtenir mes résultats personnels sur l'effet de l'activité à la fin de celle-ci. Par contre, je pourrai avoir accès à un résumé des résultats généraux de l'activité, dès que ceux-ci seront disponibles.

J'ai été informé(e) que ma participation à l'étude requiert de remplir un questionnaire portant sur différentes variables de la santé mentale et sur les préférences musicales, ainsi qu'à assister à des activités de musicothérapie, à raison de quatre fois par semaine pendant deux semaines consécutives. Chaque séance devrait durer entre 60 et 90 minutes, à l'exception de la dernière, où l'on me demandera en plus de répondre aux questionnaires. Je suis conscient(e) qu'il est possible qu'au cours de l'activité je reprenne contact avec des émotions et des souvenirs moins agréables. En ce cas, je suis informé(e) de l'accessibilité d'un support psychologique et que bien qu'il serait important, pour la bonne marche de l'activité et la santé du groupe, que j'assiste à la totalité des rencontres, je sais que je suis libre de m'en retirer en tout temps. Si cela se produisait, il est possible que l'animateur responsable demande à me rencontrer, afin d'obtenir des éclaircissement sur ma décision et de m'orienter vers des ressources appropriées, si j'en éprouvait le désir ou le besoin. Je suis informé(e) que l'animateur a le droit de me retirer de l'activité s'il juge qu'elle pourrait être susceptible de me causer du tort.

Je sais que je peux en tout moment consulter le Comité d'éthique de la recherche à l'Université du Québec à Chicoutimi au (418) 545-5011 poste 4065, pour toute question que je me poserais au sujet de l'éthique de la recherche à l'Université. De son côté, le chercheur s'engage à répondre à mes éventuelles questions avant et au cours de la réalisation du projet.

Enfin, je reconnais n'avoir subi aucune pression extérieure de quelque forme que ce soit pour participer à l'activité.

En foi de quoi, j'ai signé __________________________________, participant(e),

en ce _________ jour du mois _____________ 2003.

Nom(s), Prénoms: ____

Adresse: ____

____

____

____

Numéro de téléphone: (____)______________________________________

Date: __________/____________/______________

Jour Mois Année

Responsable de l'étude :

Frédéric Pedneault
(418) 543-6240
e-mail: frederic_pedneault@uqac.ca
Maîtrise en psychologie
Département des sciences de l'éducation
Université du Québec à Chicoutimi
555, boul. de l'Université
Chicoutimi, Québec
G7H 2B1

Appendice N

Consentement libre et éclairé pour le groupe contrôle

Formulaire de consentement libre et éclairé

Moi, ___(Nom)_________________, déclare avoir été informé(e) de façon claire sur ce en quoi consiste la recherche sur l'*impact d'un programme de musicothérapie réceptive sur des indices de santé mentale chez une population adulte non-clinique du Saguenay-Lac-St-Jean*. J'ai été avisé(e) que les questionnaires que je devrai remplir au début et à la fin de l'activité seront tout à fait anonymes, mon nom n'apparaissant que sur le présent document et celui-ci étant conservé sous clé, dans une filière différente de celle où les questionnaires seront entreposés. J'accepte de donner mes coordonnées à l'animateur, afin que celui-ci puisse m'informer sur certains facteurs, comme le local retenu pour la passation des tests. Je sais que cette liste sera détruite dès la complétion du deuxième questionnaire. Je renonce à tenter d'obtenir mes résultats personnels sur l'effet de l'activité à la fin de celle-ci. Par contre, je pourrai avoir accès à un résumé des résultats généraux de l'activité, dès que ceux-ci seront disponibles.

J'ai été informé(e) que ma participation à l'étude requiert de remplir un questionnaire portant sur différentes variables de la santé mentale et sur les préférences musicales. Je suis conscient(e) qu'il est possible qu'au cours de l'activité je reprenne contact avec des émotions et des souvenirs moins agréables. En ce cas, je suis informé(e) de l'accessibilité d'un support psychologique et que bien qu'il serait important, pour la bonne marche de l'activité, que je remplisse les deux questionnaires, je sais que je suis libre de m'en retirer en tout temps.

Je sais que je peux en tout moment consulter le Comité d'éthique de la recherche à l'Université du Québec à Chicoutimi au (418) 545-5011 poste 4065, pour toute question que je me poserais au sujet de l'éthique de la recherche à l'Université. De son côté, le chercheur s'engage à répondre à mes éventuelles questions avant et au cours de la réalisation du projet.

Enfin, je reconnais n'avoir subi aucune pression extérieure de quelque forme que ce soit pour participer à l'activité.

En foi de quoi, j'ai signé ________________________________, participant(e),

en ce ________ jour du mois ____________ 2003.

Nom(s), Prénoms: ____

Adresse: ____

____

____

____

Numéro de téléphone: (____)______________________________________

Responsable de l'étude :

Frédéric Pedneault
(418) 543-6240
e-mail: frederic_pedneault@uqac.ca
Maîtrise en psychologie
Département des sciences de l'éducation
Université du Québec à Chicoutimi
555, boul. de l'Université
Chicoutimi, Québec
G7H 2B1

Appendice O

Calendrier des différentes étapes de la réalisation de l'atelier

Calendrier de réalisation de l'atelier pour le groupe expérimental :

Sous-groupe	Dates de recrutement	Prise de contact téléphonique	Obtention du consentement libre et éclairé et prétest	Atelier d'imagerie induite par la musique	Posttest
1	29 sept.03 au 03 oct.03	13 au 17 oct.03	22 oct.03	27 oct.03 au 6 nov. 2003	6 nov. 2003
2	idem	30 oct.03 au 4 nov.03	5 et 6 nov.03	10 au 20 nov.03	20 nov.03
3	12 au 15 janv.04	12 au 15 janv.04	16 janv.04	19 au 29 janv.04	29 janv.04
4	19 au 23 janv.04	26 au 30 janv.04	12 au 15 mars 04	15 au 25 mars 2004	25 mars 2004

Calendrier du recrutement et des évaluations des participants au groupe contrôle :

Sous-groupe	Dates de recrutement	Prise de contact téléphonique	Obtention du consentement libre et éclairé et prétest	Posttest
1	17 au 21 nov.03	21 au 26 nov.03	27 nov.03	8 au 11 déc.03
2	20 au 24 janv.04	27 au 31 janv.04	2 au 6 fév.04	12 au 16 fév.04
3	22 au 26 mars 04	26 mars au 4 avril 04	30 mars au 9 avril 04	9 au 20 avril 04

Appendice P

Consigne de relaxation

Installez-vous le plus confortablement possible et fermez les yeux... Concentrez-vous sur votre respiration... Prenez une bonne inspiration... puis laissez-la aller... Sentez bien l'air entrer et sortir de vos poumons... À chaque inspiration, vous sentez la détente vous envahir... À chaque expiration, vous sentez une tension s'en aller... Détendez les muscles des pieds... La sensation de détente atteint maintenant les mollets... les cuisses... Détendez bien les muscles du ventre... et de la poitrine... Prenez le temps de détendre les muscles du dos... Relâchez les muscles des épaules... des bras... des mains... La sensation de détente atteint maintenant le cou... la nuque... Relâchez maintenant les muscles du visage... de la mâchoire...

En ce moment, votre corps devrait être détendu... Si vous ressentez quelque inconfort que ce soit, n'hésitez pas à bouger ou à changer de position, de façon à résorber cet inconfort et demeurer le plus détendu possible.